

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**GIULIANA MICHELOTO PARIZOTO**

**ALEITAMENTO MATERNO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM  
FLORIANÓPOLIS: PREVALÊNCIA E SIGNIFICADOS DA  
REDE DE CUIDADO EM ENFERMAGEM.**

**FLORIANÓPOLIS  
2013**



Giuliana Micheloto Parizoto

**ALEITAMENTO MATERNO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM  
FLORIANÓPOLIS: PREVALÊNCIA E SIGNIFICADOS DA  
REDE DE CUIDADO EM ENFERMAGEM.**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis  
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária  
da UFSC.

Parizoto, Giuliana Micheloto  
ALEITAMENTO MATERNO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM  
FLORIANÓPOLIS  
: PREVALÊNCIA E SIGNIFICADOS DA REDE DE CUIDADO EM  
ENFERMAGEM / Giuliana Micheloto Parizoto;  
orientadora, Alacoque Lorenzini Erdmann -  
Florianópolis, SC, 2013.  
236 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Aleitamento materno.  
4. Cuidados de enfermagem. 5. Políticas públicas. I.  
Erdmann, Alacoque Lorenzini Erdmann. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

**GIULIANA MICHELOTO PARIZOTO**

**ALEITAMENTO MATERNO E POLÍTICAS PÚBLICAS EM  
FLORIANÓPOLIS: PREVALÊNCIA E SIGNIFICADOS DA  
REDE DE CUIDADO EM ENFERMAGEM.**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca  
Examinadora para obtenção do Título de:

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 26 de julho de 2013, atendendo às normas da legislação  
vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-  
graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, saúde e  
sociedade.**

---

Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora o Programa

**Banca Examinadora:**

---

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Presidente

---

Dra. Josete Luzia Leite  
Membro

---

Dra. Bertha Cruz Enders  
Membro

---

Dra. Odaléa M. Brüggemann  
Membro

---

Dra. Vitoria R. P. Gregório  
Membro

---

Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos  
Membro

Dedico este estudo a todas as mães que amamentam  
e a todas aquelas que gostariam de o poder fazer.

## AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui, exigiu esforço, dedicação, equilíbrio e superação. Tive que fazer escolhas, abdicar de muitas conquistas, ficar longe fisicamente de pessoas amadas e importantes que fazem parte da minha vida. Aprendi a cultivar a esperança...

Registro aqui meus sinceros agradecimentos.

A **Deus**, pelo dom da vida.

Ao meu marido **Daniel** pela cumplicidade, pelos sonhos em comum e por ser minha fonte de inspiração nessa caminhada.

Aos meus pais. **Gilberto e Magali**, pelo apoio e amor incondicional.

À **minha família** por compreender a minha escolha em estar longe fisicamente.

À **Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, pelo acolhimento, orientação segura, estímulo e apoio.

Ao **Programa de Pós-graduação** em Enfermagem da UFSC, pela oportunidade.

Ao **corpo docente** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, pela dedicação ao curso e aos alunos.

Ao **Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde** (GEPADES) pelo pelos valiosos momentos de discussões e trocas.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES) pelo financiamento do meu estudo no Brasil e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento do meu estudo em Portugal.

A **Dra. Dulce Maria Garcia Pereira Galvão**, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que não mediu esforços para que o Doutorado Sanduíche se efetivasse da melhor forma possível. Obrigada pelo grande aprendizado e compartilhamento de suas experiências.

Aos **membros e titulares suplentes da Banca**: Dra. Josete Luzia Leite, Dra. Bertha Cruz Enders, Odaléa Maria Brüggemann, Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Dra. Vitoria Regina Petters Gregório, Selma Regina de Andrade e Dra Eliane Verena Rosener pelo aceite e disponibilidade em compor a banca de avaliação deste trabalho.

Aos **participantes desta pesquisa**, pela disponibilidade em expressar suas experiências, opiniões e sentimentos.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**.



PARIZOTO, Giuliana Micheloto. **Aleitamento materno e políticas públicas em Florianópolis**: prevalência e significados da rede de cuidado em enfermagem. 236p 2013. Tese (doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

## RESUMO

Diante da complexidade da amamentação, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno devem estar bem estruturadas, coordenadas e multisetoriadas. Entretanto, para se efetivar o aumento dessa prática, são necessários diagnósticos e ações no âmbito local respaldadas por políticas públicas organizadas em rede. O presente estudo apresenta abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como questões de pesquisa: Qual a prevalência e os fatores associados à manutenção do aleitamento materno no município de Florianópolis em 2008 em crianças menores de um ano de idade? Como vem ocorrendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na perspectiva das políticas públicas no município de Florianópolis, a partir do significado das relações e interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães? Os objetivos foram: Estimar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de um ano em 2008 no município de Florianópolis, SC e identificar os fatores associados à sua manutenção; Compreender o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas políticas públicas no município de Florianópolis a partir dos significados das relações e interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães, na perspectiva da complexidade. Na primeira abordagem procedeu-se um estudo transversal, onde foram estudadas 1073 crianças de 0 a 1 ano de idade no município em 2008 no dia de campanha de vacinação. Foram calculados a prevalência do aleitamento materno e os fatores associados à sua manutenção, utilizando testes estatísticos. Na segunda abordagem do estudo, utilizou-se como método a Teoria Fundamentada nos Dados e como referencial teórico/filosófico a Teoria da Complexidade e a Teoria Ator Redes. Os dados foram coletados na Rede Básica de Saúde por meio de entrevista aberta com 31 participantes, dispostos em três grupos amostrais, no período de abril a agosto de 2012 e abril de 2013. A prevalência do aleitamento materno foi 74,5%. Das 799 crianças que mantiveram a amamentação, a média de idade foi de 146,9 dias,

enquanto que a média de idade das crianças que não mantiveram a amamentação foi de 226,07 dias. Observou-se associação significativa entre aleitamento materno com o não uso de mamadeira e chupeta, amamentação na primeira hora após o nascimento, crianças nascidas com peso superior a 2,5kg, mães que estão sob licença maternidade, mães que não possuíam vínculo empregatício formal, nascimento em “Hospitais Amigos da Criança” e consultas das crianças realizadas em serviços públicos e saúde. Na abordagem qualitativa, emergiu o fenômeno “Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos”, composto por sete categorias e suas subcategorias, onde a descrição dos espaços múltiplos de cuidado em aleitamento materno forma o *contexto*, a complexidade do aleitamento materno e o significado do cuidado multidimensional de enfermagem são as *condições causais*, confrontando-se com as políticas públicas em aleitamento materno é a *condição interveniente*, gerenciando o cuidado para o fortalecimento do aleitamento materno e remetendo a fluxos, circulações e alianças o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são as *estratégias* e considerando as conexões e (des)conexões das redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno as *consequências*. Assim, sustenta-se a tese de que *os estudos epidemiológicos locais são fundamentais para diagnosticar e direcionar ações e estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e o cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade, que se organiza nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, acontece por meio das relações e interações entres os atores envolvidos.*

**Descritores:** Enfermagem; Aleitamento materno; Cuidados de enfermagem; Promoção da saúde, Políticas públicas.

PARIZOTO, Giuliana Micheloto. **Breastfeeding and public policies in Florianópolis**: prevalence and significance of the network of nursing care. 236p. 2013. Dissertation (Doctorate in Nursing) – Graduate Nursing School, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Advisor: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

## ABSTRACT

Given the complexity of breastfeeding, the promotion, protection and support of breastfeeding should be well structured, coordinated and multisectorial. However, to increase the effect of this practice, diagnoses and actions are needed at the local level supported by public policies organized network. This study presents quantitative and qualitative approach, with the research questions: What is the prevalence and factors associated with maintenance of breastfeeding in Florianópolis in 2008 in children under one year of age? As has occurred in nursing care networks to promote, protect and support breastfeeding in public policy perspective in Florianópolis, from the meaning of relationships and interactions experienced by nurses and mothers? The objectives were to estimate the prevalence of breastfeeding in children under one year old in 2008 in Florianópolis, SC, and identify factors associated with its maintenance; Understanding nursing care networks in the promotion, protection and support of breastfeeding in public policies in Florianópolis from the meanings of relationships and interactions experienced by nurses and mothers, from the perspective of complexity. In the first approach proceeded sectional study where we studied 1073 children 0-1 year old in the municipality in 2008 on the day of the vaccination campaign. We calculated the prevalence of breastfeeding and factors associated with maintenance, using statistical tests. In the second study approach was used as the method and Grounded Theory as a theoretical / philosophical Complexity Theory and Actor Network Theory. Data were collected in the Healthcare System through open interviews with 31 participants, arranged in three different samples in the period April-August 2012 and April 2013. The prevalence of breastfeeding was 74.5%. Of the 799 children who continued breastfeeding, the average age was 146.9 days, while the average age of children who did not keep breastfeeding was 226.07 days. We observed a significant association between breastfeeding with no use of bottles and pacifiers, breastfeeding in the first hour after birth, infants born weighing more than 2.5 kg, mothers

who are under maternity leave, mothers who had no formal employment relationship, birth to "Baby Friendly Hospitals" and the queries performed on children and public health. In the qualitative approach, emerged the phenomenon "Weaving nursing care networks to promote, protect and support breastfeeding through interactive processes", composed of seven categories and their subcategories, where the description of the multiple spaces of care in breastfeeding forms the context, complexity and significance of breastfeeding care nursing is multidimensional causal conditions, confronting public policy on breastfeeding is the condition involved, managing the care for the strengthening of breastfeeding and referring to flows, circulations and alliances care networks in the promotion, protection and support of breastfeeding are the strategies and considering the connections and (dis) connection of networks to promote, protect and support breastfeeding consequences. Thus, the thesis argues that local epidemiological studies are essential to diagnose and guide actions and strategies for promoting, protecting and supporting breastfeeding and nursing care from the perspective of complexity, which is organized in networks to promote, protect and breastfeeding support, happens through relationships and interactions among the actors involved.

**Keywords:** Nursing, Breastfeeding, Nursing, Health Promotion, Public Policy

PARIZOTO, Giuliana Micheloto. **La lactancia materna y las políticas públicas en Florianópolis**: prevalencia y la importancia de la red de atención de enfermería. 236p. 2013. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

## RESUMEN

Dada la complejidad de la lactancia materna, la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna debe estar bien estructurada, coordinada y multisetoriadas. Sin embargo, para aumentar el efecto de esta práctica, se necesitan diagnósticos y acciones a nivel local con el apoyo de las políticas públicas organizadas red. Este estudio presenta el enfoque cuantitativo y cualitativo, con las preguntas de investigación: ¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados con el mantenimiento de la lactancia materna en Florianópolis en 2008 en niños menores de un año de edad? Como ha ocurrido en las redes de atención de enfermería para promover, proteger y apoyar la lactancia materna en la perspectiva de la política pública en Florianópolis, en el sentido de las relaciones e interacciones que experimentan los enfermeros y las madres? Los objetivos fueron estimar la prevalencia de la lactancia materna en niños menores de un año en 2008 en Florianópolis, SC, e identificar los factores asociados a su mantenimiento, redes de cuidados de enfermería Entender en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en políticas públicas en Florianópolis de los significados de las relaciones y las interacciones experimentadas por enfermeras y madres, desde la perspectiva de la complejidad. En el primer enfoque procedido estudio transversal donde se estudiaron 1073 niños de 0-1 años de edad en el municipio en el año 2008 en el día de la campaña de vacunación. Se calculó la prevalencia de la lactancia materna y los factores asociados con el mantenimiento, el uso de pruebas estadísticas. En el segundo enfoque de estudio se utilizó como método y la teoría fundamentada como una teoría de la complejidad teórica / filosófica y la teoría del actor red. Los datos fueron recolectados en el Sistema de Salud a través de entrevistas abiertas con 31 participantes, organizados en tres grupos de la muestra en el período abril-agosto de 2012 y abril de 2013. La prevalencia de la lactancia materna fue de 74,5%. De los 799 niños que continuaron la lactancia materna, la edad promedio fue de 146,9 días, mientras que la edad promedio de los niños que no mantienen la lactancia materna fue 226,07 días. Se observó una asociación

significativa entre la lactancia materna con el no uso de biberones y chupetes, la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento, los bebés nacidos de peso superior a 2,5 kg, las madres que están bajo la licencia de maternidad, las madres que no tenían relación laboral formal, a luz a bebés "hospitales amigos" y las consultas realizadas en los niños y la salud pública. En el enfoque cualitativo, surgió el fenómeno de "Tejiendo redes de atención de enfermería para promover, proteger y apoyar la lactancia materna a través de procesos interactivos", compuesto de siete categorías y sus subcategorías, en la descripción de los múltiples espacios de atención en el período de lactancia forma el contexto, la complejidad y la importancia de la atención de enfermería es la lactancia materna condiciones causales multidimensionales, confrontando la política pública sobre la lactancia materna es la condición en cuestión, la gestión de la atención al fortalecimiento de la lactancia materna y en referencia a los flujos, circulaciones y alianzas redes de atención en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna son las estrategias y teniendo en cuenta las conexiones y (des) conexión de redes para promover, proteger y apoyar la lactancia materna consecuencias. Por lo tanto, la tesis sostiene que los estudios epidemiológicos locales son esenciales para diagnosticar y orientar las acciones y estrategias para promover, proteger y apoyar la lactancia materna y los cuidados de enfermería desde la perspectiva de la complejidad, que se organiza en redes para promover, proteger y apoyo a la lactancia, que pasa a través de las relaciones e interacciones entre los actores involucrados.

**Palabras clave:** Enfermería, amamantamiento, cuidado, promoción de la salud, las políticas públicas.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
AMAMUNIC	Amamentação e Municípios
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ANT	Actor-Network Theory
BLH	Banco de Leite Humano
COMAMAS	Comitê Municipal de AM e Alimentação
Complementar Saudável	
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da
Amamentação	
IUBAC	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de
Alimentos para Lactentes	
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento
Materno	
SMAM	Semana Mundial do Aleitamento Materno
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria Ator Rede
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses, segundo as capitais brasileiras e DF, 2008.....	36
<b>Figura 2</b> - Duração mediana do aleitamento materno exclusivo, em dias, em crianças menores de seis meses, segundo as capitais brasileiras, 2008.....	37
<b>Figura 3</b> - Prevalência do aleitamento materno, com o respectivo intervalo de confiança, em crianças de 9 a 12 meses, segundo regiões do Brasil, 2008 .....	38
<b>Figura 4</b> - Distritos Sanitários de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC com suas Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento.....	62
<b>Figura 5</b> - Diagrama - Processo de Análise dos Dados na TFD .....	72
<b>Figura 6</b> - Modelo paradigmático .....	78
<b>Figura 7</b> - Diagrama do modelo paradigmático .....	122

### ARTIGO 1

<b>Figura 1</b> - Média em dias das crianças mantém a amamentação. Florianópolis, SC – 2008 .....	130
---	-----

### ARTIGO 2

<b>Figura 1</b> - Diagrama do modelo paradigmático .....	145
--	-----



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Variáveis incluídas no estudo .....	57
<b>Quadro 2</b> - Primeiro grupo amostral .....	64
<b>Quadro 3</b> - Segundo grupo amostral .....	65
<b>Quadro 4</b> - Terceiro grupo amostral .....	66
<b>Quadro 5</b> – Exemplo do processo de transcrição do conteúdo das entrevistas .....	70
<b>Quadro 6</b> – Processo de codificação aberta .....	73
<b>Quadro 7</b> – Processo de codificação axial. Agrupamento dos códigos substantivos e componentes .....	75
<b>Quadro 8</b> – Processo de codificação axial. Agrupamento dos componentes, subcategoria e categorias .....	76
<b>Quadro 9</b> – Características relativas às crianças. Florianópolis/SC, 2008.....	84
<b>Quadro 10</b> – Características relativas às mães. Florianópolis/SC, 2008.....	85
<b>Quadro 11</b> – Características relativas aos serviços de saúde. Florianópolis/SC, 2008 .....	86
<b>Quadro 12</b> – Prevalência do Aleitamento Materno em crianças menores de um ano de idade em 2008 no município de Florianópolis, SC. Florianópolis/SC, 2008 .....	86
<b>Quadro 13</b> - Categorias e Subcategorias do Modelo Paradigmático.....	90

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Associação entre manutenção do Aleitamento Materno no primeiro ano de vida e variáveis criança, mãe e serviços de saúde. Florianópolis, SC - 2008 .....	87
---	----

### ARTIGO 1

<b>Tabela 1</b> – Características relativas às crianças, às mães aos serviços de saúde. Florianópolis, SC – 2008 .....	128
<b>Tabela 2</b> - Associação entre manutenção do aleitamento materno e variáveis relativas à criança, materna e serviços de saúde. Florianópolis, SC – 2008 .....	131

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>16</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>17</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>18</b>
 <b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	 <b>21</b>
 <b>2 - CONTEXTUALIZANDO O ALEITAMENTO MATERNO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM .....</b>	 <b>25</b>
2.1 - Aleitamento Materno – Políticas em Âmbito Mundial .....	25
2.2 - Aleitamento Materno - Políticas em Âmbito Nacional .....	27
2.3 - Aleitamento Materno - Políticas em Âmbito Municipal .....	33
2.4 - Aleitamento Materno e O Cuidado .....	39
2.4.1 - O Cuidado .....	39
2.4.2 - O Cuidado de Enfermagem e o Aleitamento Materno .....	41
 <b>3 - REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO .....</b>	 <b>45</b>
3.1 - A Complexidade .....	45
3.2 - Teoria Ator Rede .....	49
 <b>4 – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	 <b>53</b>
4.1 - PESQUISA QUANTITATIVA .....	53
4.1.1 - Desenho do estudo e fonte dos dados .....	53
4.1.2 – Fonte de dados .....	55
4.1.3 – Tratamento e análise dos dados .....	58
4.1.4 - Aspectos éticos da pesquisa .....	58
4.2 - PESQUISA QUALITATIVA .....	60
4.2.1 - <i>Grounded Theory</i> ou Teoria Fundamentada em Dados .....	60
4.2.2 - Local de realização do estudo .....	61
4.2.3 – Participantes.....	63
4.2.4 - Coleta dos dados.....	66
4.2.5 – Análise dos dados.....	71
4.2.6 – Validação do Modelo Desenvolvido.....	80
4.2.7 – Aspectos Éticos da Pesquisa.....	80
 <b>5 – RESULTADOS.....</b>	 <b>83</b>
5.1 - APRESENTANDO OS RESULTADOS QUANTITATIVOS....	83
5.2 - APRESENTANDO OS RESULTADOS QUALITATIVOS .....	89

<b>5.2.1 – Contexto: Conhecendo os espaços múltiplos de cuidado em aleitamento materno .....</b>	<b>91</b>
<b>5.2.2 – Condição causal: Revelando a complexidade do aleitamento materno em suas dimensões fisiológicas e afetivas, fundamentais para o binômio mãe/bebê .....</b>	<b>95</b>
<b>5.2.3 – Condição causal: Significando o cuidado multidimensional de enfermagem em aleitamento materno .....</b>	<b>99</b>
<b>5.2.4 – Condição interveniente: Confrontando-se com as políticas públicas em aleitamento materno .....</b>	<b>103</b>
<b>5.2.5 – Ações/estratégias: Gerenciando o cuidado para o fortalecimento do aleitamento materno .....</b>	<b>109</b>
<b>5.2.6 – Ação/Estratégia: Remetendo a fluxos, circulações e alianças o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno .....</b>	<b>114</b>
<b>5.2.7 – Consequência: Considerando as conexões e (des)conexões da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno .....</b>	<b>116</b>
<b>5.2.8 – Fenômeno central: “Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos” .....</b>	<b>120</b>
<b>5.3 – Artigo 1 - PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SC .....</b>	<b>123</b>
<b>5.4 – Artigo 2 - TECENDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM NAS REDES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO POR MEIO DOS PROCESSOS INTERATIVOS .....</b>	<b>141</b>
<b>5.5 – Artigo 3 - POLÍTICAS PÚBLICAS E FATORES ASSOCIADOS À MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM FLORIANÓPOLIS, SC .....</b>	<b>163</b>
<b>6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>179</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>196</b>

## 1 - INTRODUÇÃO

São conhecidas, inquestionáveis e extensamente documentadas na literatura mundial, as inúmeras vantagens do Aleitamento Materno (AM), para saúde das crianças, das mães, para as famílias, para o ambiente e para a sociedade em geral.

As ações de promoção, proteção e apoio ao AM constituem uma prioridade de saúde pública a nível mundial. No Brasil, atualmente, integra uma das linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde brasileiro e faz parte do elenco de estratégias para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2007).

Ao longo dos últimos 30 anos diversos órgãos nacionais e internacionais somam esforços para favorecer o incremento desta prática. A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, contempla diversas estratégias, iniciando em 1981, com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, que desencadeou um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira, perpassando por diferentes períodos, até a implantação da estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que objetiva contribuir para a redução da mortalidade infantil através do aumento dos índices de AM.

Contudo, diante das pesquisas realizadas em âmbito nacional, verifica-se que o Brasil não conseguiu atingir o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde, que considera o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida do bebê e em complemento com outros alimentos, até os dois anos de vida ou mais (BRASIL, 2009; 2010).

Os dados que serão apresentados no capítulo a seguir, referentes aos índices de AME, revelam a posição de destaque do município de Florianópolis, SC, quando expõe que a prevalência do AME só fica atrás da Capital Belém. Quando comparado com a pesquisa feita em 1999, os dados revelam um aumento de 10,5 pontos percentuais no índice de AME e 10,7 pontos percentuais no índice de AM em crianças de 9 a 12 meses. Florianópolis também ganha destaque quando a OMS analisa como, “Muito ruim, Ruim, Bom e Muito bom” a situação do AME, sendo classificada em “boa situação”. Mas quando se analisa a situação do AM em crianças de 9 a 12 meses, a situação ainda é considerada “muito ruim” (BRASIL, 2009).

Frente a esses dados, fica evidente que houve melhora da situação do AM e AME em Florianópolis, mas esses números ainda estão distantes dos preconizados pela OMS e pelo Ministério da Saúde.

O AM ao longo da sua história, como será exposto no capítulo a seguir, foi vivenciado pelas mulheres com diferentes resultados consoante a época, situação cultural e/ou política. Perpassou pelo natural praticado nas comunidades indígenas, pelo indigno à mulher dama da sociedade, pelo modelo higienista caracterizado pelo determinismo biológico onde eram desconsiderados os condicionantes socioculturais que permeiam essa prática até chegar à atualidade onde o processo de amamentar é compreendido com um comportamento humano complexo. Essa complexidade se dá a partir de múltiplas variáveis, permeadas pelas tradições culturais, pela pressão social, pelo imaginário coletivo, pelas opiniões pessoais, pela história de vida, pelas experiências, vivências e educação e pelo significado atribuído à amamentação.

Possibilitar um pensamento complexo para o cuidado em AM abrange todas as dimensões de integração das mais variadas formas de se ver o fenômeno, saindo das interpretações mecanicistas ou cartesianas. Dessa maneira, não se pode pensar no cuidado em AM sem o vislumbrarmos numa totalidade que valorize “as interações e retroações entre partes e todo” (MORIN, 2006b).

Dando continuidade a esse pensamento complexo e seguindo os pressupostos da Teoria Ator Rede (TAR), a amamentação deve ser vista como uma categoria híbrida, construída a partir de atributos definidos tanto pela natureza quanto pela cultura, ou seja, o processo de amamentar sendo uma prática biologicamente determinada, porém socialmente condicionada (Almeida, 1999; LATOUR, 1994).

Considerando a enfermagem como a profissão que permanece mais tempo ao lado da gestante/mãe, esta poderá atuar como facilitadora na promoção do AM, uma vez que a maior parte dos programas desenvolve ações enfocando os aspectos técnicos e biológicos da amamentação. O cuidado de enfermagem nessa área, considerando-o como um híbrido natureza e cultura, é fundamental.

Diante da minha experiência como enfermeira que durante uma trajetória de 15 anos, cuidando e desenvolvendo pesquisas em AM, vivenciei na prática a evolução histórica das políticas públicas em AM a partir da década de 90. Essa década apresenta um momento histórico, segundo Sydrônio (2006), onde os avanços constatados na década de 80, atingiram um patamar difícil de ser transposto e distante do ideal para a realidade da saúde pública brasileira. Os resultados obtidos em decorrência das ações desencadeadas pela política estatal, em seus

diferentes níveis de complexidade, não refletiam o elevado grau de investimento realizado. Para a autora, foi nesse momento que a enfermagem se destacou com a sua atuação em assistir e questionar a lógica verticalizada, impositiva e reducionista que embasava o modelo assistencial então vigente, voltado para uma abordagem centrada no poder do profissional de saúde, segundo o modelo biomédico.

A enfermagem por meio das pesquisas nos programas de pós-graduação *stricto sensu*, buscou a construção de conhecimentos capazes de operar as transformações sociais intangíveis ao modelo estatal e dessa forma contribuir para a operacionalização dessas políticas visando o aumento dos índices de AM no Brasil (SYDRONIO, 2006).

Para Almeida (1999), deve-se priorizar a educação e a informação como objeto de trabalho para se construir um conhecimento e gerar novas formas de pensar sobre as questões do AM e recorrer à produção científica para reverter à base conceitual que sustenta o modelo do assistir/cuidar em AM.

O cuidado em AM, ao longo dessas últimas décadas, vem sofrendo transformações que se refletem nas políticas públicas e nos órgãos formadores. Essa transformação é fruto de alguns estudos e pesquisas pioneiras, na busca da compreensão da experiência materna em amamentar desenvolvidas pela enfermagem em decorrência de sua atuação docente-assistencial, que retroalimenta este assistir/cuidar (SILVA, 2000).

Outro aspecto importante a ser pontuado no cuidado complexo em AM e que suscita discussão é a atuação em rede das políticas públicas vigentes. A rede de promoção, proteção e apoio ao AM, se conseguir se articular através dos seus elos de ligação irá intervir e proporcionar um aporte de qualidade para todos os seus componentes.

Na complexidade do ato de amamentar, as ações pró-aleitamento materno devem estar bem estruturadas, coordenadas e multisetoriadas. Entretanto, para se efetivar o aumento dessa prática, essas ações setoriais devem ser respaldadas por políticas públicas.

A partir do exposto e de minhas inquietações acerca da prevalência do AM, dos fatores associados a sua manutenção e do cuidado de enfermagem prestado nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM, emergiram as seguintes questões para essa pesquisa:

**Qual a prevalência e os fatores associados à manutenção do aleitamento materno no município de Florianópolis em 2008 em crianças menores de um ano de idade?**

**Como vem ocorrendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas políticas**

**públicas no município de Florianópolis, a partir do significado das relações e interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães?**

Na busca de respostas para esses questionamentos, o presente estudo foi desenvolvido com duas abordagens, quantitativo e qualitativo e tem como objetivos:

- **Estimar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de um ano em 2008 no município de Florianópolis, SC e identificar os fatores associados à sua manutenção.**
- **Compreender o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas políticas públicas no município de Florianópolis a partir dos significados das relações e interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães, na perspectiva da complexidade.**

O alcance desses objetivos poderá auxiliar na compreensão da tese que defendo: **Estudos epidemiológicos locais são fundamentais para diagnosticar e direcionar ações e estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. O cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade, que se organiza nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, acontece por meio das relações e interações entres os atores envolvidos.**

Dessa forma, considera-se a necessidade de fazer um prévio diagnóstico da situação local do AM e ampliar a compreensão acerca desse cuidado complexo e multidimensional, organizado em rede, que ocorre a partir das relações e interações estabelecidas entre os seres humanos e também entre os seres inanimados envolvidos nesse processo.

Acredita-se que após a formulação do Modelo Paradigmático por meio da compreensão de como acontece o cuidado de enfermagem nas redes de promoção proteção e apoio ao AM, este estudo poderá propiciar para enfermagem, a possibilidade de ampliar sua atuação como promotora no desenvolvimento e na articulação dessas redes com vistas ao cuidado integral e multidimensional no AM.



## 2 - CONTEXTUALIZANDO O ALEITAMENTO MATERNO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

### 2.1 - Aleitamento Materno - Políticas em Âmbito Mundial

A preocupação com o declínio do AM principiado pela revolução industrial iniciou-se em âmbito mundial no ano de 1979. Essa preocupação foi discutida em Genebra na Reunião Conjunta entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Apontou-se a necessidade da implementação de programas de promoção, proteção e apoio ao AM e a decisão de se elaborar um código de conduta ética quanto à propaganda e comercialização de produtos que interferiam na amamentação. Foi então elaborado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno por meio da Resolução da Assembleia Mundial de Saúde 33.32 de maio de 1980 (REA, 2003).

O movimento pró-amamentação mundial teve seu auge com a aprovação do Código Internacional para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno em 1981 aprovado na Assembléia Mundial de Saúde, por 151 países incluindo o Brasil (BRASIL, 2013a).

Em 1990, preocupados com os índices alarmantes de desmame precoce no mundo inteiro, a OMS/UNICEF em conjunto com representantes de organizações governamentais, não governamentais e defensores da amamentação de vários países, produziram o documento denominado "*Declaração de Innocenti*", com o objetivo de estabelecer estratégias e ações que pudessem ser desenvolvidas para a proteção, promoção e apoio ao AM (UNICEF, 2013).

Nesse documento foram estabelecidos quatro objetivos a serem seguidos pelos países que assinaram a declaração: (1) o estabelecimento de um comitê nacional de coordenação da amamentação; (2) a implementação dos "10 passos para o sucesso da amamentação" em todas as maternidades (Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC); (3) a implementação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno; (4) a adoção da legislação que protege a mulher que amamenta no trabalho.

Diante disso, em 1991 foi fundada a Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação (WABA). Essa Organização instituiu no ano de 1992 a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM), para promover as metas estabelecidas na "*Declaração de Innocenti*". (BRASIL, 2013b). Nesse mesmo ano foi lançada a "Iniciativa Hospital Amigo da Criança", baseada em dois objetivos: mudar as rotinas hospitalares segundo o

cumprimento dos “Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno” e não aceitar doações de substitutos do leite materno. Esta iniciativa designa pela primeira vez um referencial de avaliação internacional único para os hospitais (REA, 2003).

Ainda, durante as conferências internacionais ocorridas nos anos 90, foram definidos, para tentar dar uma resposta aos grandes problemas mundiais os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Nesses encontros foram debatidos temas como população, meio ambiente, gênero, direitos humanos, desenvolvimento social e outros, que vieram à tona como forma de protesto ao modelo de desenvolvimento econômico e social vigente.

Com base nos resultados dessas conferências, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou, no ano 2000, a Cúpula do Milênio para buscar reverter os problemas que emergiram nas conferências internacionais. Desse encontro, nasceu a Declaração do Milênio, que estabeleceu os oito ODM. Os ODM contemplam questões básicas de cidadania e de dignidade humana. São os objetivos de desenvolvimento humano que nos dão a chance de construir um mundo melhor e mais justo para todos. São eles:

- 1 - Acabar com a fome e a miséria;
- 2 - Oferecer educação básica de qualidade para todos;
- 3 - Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres;
- 4 - Reduzir a mortalidade infantil;
- 5 - Melhorar a saúde das gestantes;
- 6 - Combater a aids, a malária e outras doenças;
- 7 - Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
- 8 - Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

A ONU estipulou um prazo de 15 anos, 2000 a 2015, para que os países cumpram essas Metas do Milênio (BRASIL, 2013c).

A garantia do aleitamento materno exclusivo (AME) até os 6 meses de idade e o AM continuado até 2 anos ou mais, são metas a serem alcançadas no ODM número quatro que trata da redução da mortalidade infantil e no ODM número cinco que trata da melhoria da saúde das gestantes.

Em 2002 a IHAC foi inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância criada pela OMS/UNICEF, que busca apoio renovado à amamentação exclusiva, do nascimento aos seis meses de vida, e a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, com introdução de alimentação complementar adequada e no momento oportuno. Em março de 2008, foi concluída a revisão dos critérios globais, dos instrumentos de avaliação e do curso

de 18 horas, levando-se em consideração a nova Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, os desafios apresentados pela pandemia do HIV e a importância do “cuidado amigo da mãe”, visando dessa maneira, à atualização e ao fortalecimento da IHAC em todo o mundo. Essa revisão foi realizada pelo UNICEF/OMS e incluiu a participação de profissionais de diversos países (BRASIL, 2011b).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), nos últimos 15 anos essa iniciativa tem crescido, contando atualmente com mais de 20 mil hospitais credenciados pela “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, em 156 países do mundo, incluindo o Brasil.

## **2.2 - Aleitamento Materno – Políticas em Âmbito Nacional**

Para a compreensão de como as políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM foram introduzidas no Brasil, faz-se necessário compreender e conhecer a história desta prática. Nesse sentido, contextualizou-se a seguir, a história do AM entrelaçada com a introdução das políticas públicas vigentes em nosso país.

Quando o Brasil foi descoberto, o AM se configurava uma prática social das comunidades indígenas. O desmame se restringia a apenas algumas situações especiais como, morte materna, doença grave ou interdições estabelecidas pela cultura da tribo. A mulher conseguia conciliar o seu papel de nutriz com seu papel que desempenhava na comunidade (SILVA, 1990).

Os hábitos culturais trazidos pelos portugueses consideravam a amamentação um ato indigno da mulher dama da sociedade, além de considerar que o ato de amamentar enfraquecia a mulher, trazia malefício para a beleza física e poderia até interferir na vida sexual do casal. Nesse cenário a alternativa para a amamentação consistiam nas amas-de-leite representadas primeiramente pelas índias e posteriormente pelas escravas africanas trazidas para o Brasil (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

De acordo com Souza e Almeida (2005, p. 14):

Entre o final do século XVIII e início do século XIX, o leite humano era percebido como fonte de lucros na sociedade brasileira, o que levava muitas mulheres mestiças ou brancas de camadas sociais mais baixas a assumirem o papel da ama mercenária – até então de exclusividade das

mulheres negras escravizadas – como forma de subsistência, abrindo mão da qualidade de vida ou até mesmo da sobrevivência de seus filhos.

Foi no início do século XIX, que o Estado atribuiu pela primeira vez na história brasileira um significado econômico e político para a vida da criança. O Estado estava preocupado com os altos índices de mortalidade infantil o que causava risco à segurança nacional e provocava o medo do despovoamento territorial (MARQUES 2001). Nesse período a mulher das classes dominantes passou a assumir pela primeira vez a responsabilidade para com a saúde de seu filho. Surge então o modelo higienista da medicina que aliada ao Estado ditando regras e normas e comportamento (COSTA, 1999). Dessa forma, na visão da medicina a prática da amamentação se fundou sob a perspectiva do determinismo biológico desconsiderando os condicionantes socioculturais que permeiam essa prática (ALMEIDA, 1999).

Em meados do século XIX surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação no Brasil, onde adotavam os referenciais teóricos advogados pelas escolas européias, em especial a francesa e a alemã. Dentre os cuidados a serem seguidos pelas mães para obter sucesso na prática do aleitamento, destacavam-se: a regulamentação de horários determinando intervalo entre as mamadas e o tempo a ser despendido em cada uma delas, a amamentação em ambas as mamas, a prática do decúbito lateral, o emprego da chupeta como meio para acalmar o bebê e as restrições alimentares para a mãe lactante, procedimentos esses, comprovadamente prejudiciais ao AM nos dias de hoje (SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Segundo Souza e Almeida (2005), a base dessa normalização era que a mulher cumprisse estritamente essas regras impostas, implementadas de forma verticalizada e direcionada para a perspectiva biológica. Todas as questões da amamentação eram regidas pelas leis naturais do mundo do mamífero, instintivo e biológico.

Criou-se então, uma nova “patologia”, a “síndrome do leite fraco”, para definir aquelas mulheres que mesmo seguindo as regras impostas não conseguiam amamentar seus filhos. A criação desse mito, segundo Almeida (1999), era adequado, uma vez que suavizava a responsabilidade materna e mantinha imaculado o modelo higienista da amamentação. Posteriormente o leite fraco passou a ser a regra e não a exceção, suscitando diversas razões para o desmame precoce como “pouco leite” e o “leite secou”.

Cresce a partir de 1920 o uso de leite industrializado e a introdução da mamadeira. Sendo assim, nas décadas de 30 a 70, o marketing dos produtos industrializados terminou por impor uma mudança na percepção médica sobre AM, que passou da amamentação natural, ao estímulo do desmame precoce. Estes fatores foram apropriados pela indústria de leites modificados com o intuito de fundamentar, no âmbito sociocultural, o paradigma do desmame comerciogenico (ALMEIDA, 1999).

Em 1943, foi inaugurado o primeiro Banco de Leite Humano (BLH) do Brasil, no Instituto de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira localizado no Rio de Janeiro. A sua criação foi necessária devido aos efeitos adversos provocados pelo leite artificial em alguns lactentes, prematuros ou com distúrbios nutricionais e alergias à proteína do leite de vaca (ALMEIDA, 1999).

No final da década de 70, no Brasil, a exemplo de vários outros países, o desmame precoce representava um dos sérios agravos de saúde pública e as ações de incentivo ao aleitamento materno, a exemplo de outros programas, embora com contribuições importantes, aconteciam de forma isolada, fragmentada e envolviam, essencialmente, o setor saúde. Como resultado foi instituído em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), unidade autárquica vinculada ao Ministério da Saúde. Este órgão passou a ser o responsável pelo planejamento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM no país, desencadeando um movimento de retomada e valorização dessa prática na sociedade brasileira (BRASIL, 1991).

Foram muitas as conquistas no tocante a promoção, proteção e apoio ao AM na década de 1980. Destacam-se, a criação da portaria sobre alojamento conjunto nas maternidades, aprovação do código, denominado “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)”, o estabelecimento de normas para implantação e funcionamento de BLH, a licença maternidade com duração de 120 dias e o direito ao pai a cinco dias de licença paternidade, o direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante o período da amamentação, a inclusão do tema em currículos escolares, a criação de grupos de apoio a mulher que amamenta e o desenvolvimento de pesquisas colaborando com o tema (REA, 2003; SOUZA; ALMEIDA, 2005).

Como resultado dessas políticas foi registrado um crescimento substancial da amamentação, a partir da década de 80. No entanto, apesar de todo esforço que continuou a ser despendido, observou-se uma

tendência de estabilização neste índice que foi ampliado em apenas três pontos percentuais no decurso dos cinco anos subsequentes, atingindo a marca de 33% em 1989. Assim, o início dos anos 90 foi marcado por uma crescente e visível crise do paradigma de estímulo à amamentação (ALMEIDA, 1999).

Diante desses índices, o Brasil em 1990 assinou juntamente com outros 12 países a “*Declaração de Innocenti*”. Após o lançamento mundial em 1991 da IHAC, esta foi implementada pelo Ministério da Saúde brasileiro a partir de 1992, trazendo um novo incentivo para o AM no Brasil. Nestes hospitais as mães são orientadas e apoiadas para ter sucesso na amamentação. Também ainda nessa década surgiram outras ações de promoção, proteção e apoio ao AM como o Programa para implantação do Método Canguru, o Projeto Bombeiro Amigo da Amamentação, a Proteção Legal ao Aleitamento Materno através da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, a Rede de Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança (IUBAC), e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM).

Em 1998 o INAN é extinto e o Programa Nacional de Aleitamento Materno é inserido na Área de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, dando continuidade a implementação das ações já existentes e passando a implantar outras novas iniciativas, no sentido de melhorar os índices de AM no país. Entre as principais ações destaca-se: possuir uma coordenação nacional, utilizar a mobilização social de todos os possíveis envolvidos no tema e contar com campanhas de incentivo a amamentação na mídia (REA, 2003).

Em 1999 o Ministério da Saúde coordenou um inquérito sobre amamentação durante a campanha nacional de vacinação em todas as capitais brasileiras (exceto no Rio de Janeiro): a “I Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal”. Nessa pesquisa foi mostrado que a duração mediana da amamentação foi de 9,9 meses para o Brasil como um todo, com uma variação de 13,8 meses para a Região Norte e de 7,5 meses para a Região Sul. Essa pesquisa trouxe contribuições importantes para a análise da situação da amamentação no País (BRASIL, 2009b).

Em junho de 2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento pelo Ministério da Saúde que utiliza como principal estratégia a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes, e do recém-nascido. Fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o

adequado acompanhamento, além de critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2002). A recomendação de se iniciar o pré-natal precocemente tem o objetivo de fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e o diagnóstico de eventuais fatores de risco. A implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, voltados para a identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde, é a principal estratégia de fortalecimento para melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à gestante e ao recém nascido, uma vez que a presença de uma equipe desse programa já garantiria a realização do pré-natal (BRASIL, 2002).

Em 8 de março de 2004, foi lançado pela Presidência da República e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Esse pacto tem como objetivo, articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, para atender um dos oito ODM que inclui a redução em dois terços, até 2015, da mortalidade de crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2013d).

Nesse ano, a Coordenação da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, apresenta a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com crianças, concentrando esforços para a reorganização da rede de assistência à infância nos seus vários níveis (BRASIL, 2004).

Em 2006, o Ministério da Saúde, após ampla discussão, estabeleceu o Pacto pela Saúde, que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2007). O AM se enquadra nas linhas de cuidado para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, dentro do Pacto em Defesa da Vida. Assim foi lançado o desafio de assumir a conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, apresentando linhas de cuidado integral da saúde desta população.

Integrada às demais redes de promoção, proteção e apoio ao AM, institui-se no âmbito do SUS pela portaria MS/GM nº 2.799 de 18 de novembro de 2008, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil através do aumento dos índices de AM. A Rede Amamenta Brasil se constitui numa estratégia de promoção e apoio à prática do AM na atenção básica. Está apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de

mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar e interliga a Unidade Básica de Saúde (UBS), secretarias municipais e estaduais de saúde, o governo federal e a sociedade (BRASIL, 2009a; 2011a). É coordenada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, com o Departamento de Atenção Básica, ambos vinculados à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Ainda em 2008, com o intuito de verificar a situação atual e a evolução da amamentação e da alimentação complementar no País, foi realizada a “II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal”, com a mesma metodologia utilizada em 1999, segundo a qual um questionário sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida foi aplicado em amostras representativas das capitais e do Distrito Federal, no momento da campanha de multivacinação. Este estudo teve por objetivo, além de verificar a situação atual da amamentação e da alimentação complementar no Brasil, analisar a evolução dos indicadores de AM no período de 1999 a 2008, identificar grupos populacionais mais vulneráveis à interrupção do aleitamento materno e avaliar práticas alimentares saudáveis e não saudáveis (BRASIL, 2009b).

Nessa década, o Brasil conseguiu avançar muito para o cumprimento dos ODM trilhando um caminho para cumprir essas metas até 2015. Esse desempenho só foi possível em função da participação social e das diversas políticas públicas em curso nos últimos anos. Existem bons indicadores, mas existem ainda muitos desafios a serem vencidos. A situação do Brasil em prol ao AM se traduz em políticas públicas para o cumprimento dos objetivos quatro e cinco.

No Objetivo Quatro que trata da “Redução da Mortalidade Infantil” a taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por mil nascidos vivos passou de 29,7, em 2000, pra 15,6, em 2010 ficando menor que a meta prevista para 2015, de 15,7 por mil nascidos vivos. A mortalidade infantil está concentrada nos primeiros meses de vida, no período neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias). Dentre as políticas públicas elaboradas para alcançar esse objetivo está a estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional” que objetiva ir além da sobrevivência visando o crescimento e o desenvolvimento integral da criança, com novas ofertas de cuidado aliadas às ofertas tradicionais dirigidas a mulheres e crianças. Entre os desafios e objetivos específicos



dessa política estão a garantia de vida da mulher e do bebê e a diminuição da taxa de mortalidade: atenção ao pré-natal, ao parto e ao AM (BRASIL, 2013c).

No Objetivo Cinco que trata de “Melhorar da saúde da gestante”, o Brasil também promove o AM quando trata do aumento das consultas de pré-natal. Segundo dados (BRASIL, 2013c), de 2003 a 2010 houve um aumento de 125% o número de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal e a proporção de mães brasileiras que não fizeram nenhuma consulta foi reduzida de 4,7% para 1,8%. Em 2011, mais de 1,7 milhão de gestantes fizeram no mínimo sete consultas de pré-natal. Também para o alcance desse ODM, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Esse programa constituiu-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como à criança direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Diante dessa retomada histórica das políticas públicas em AM no Brasil, acredita-se que o cada município brasileiro tem papel fundamental para a efetivação dessas políticas, uma vez que tem proximidade com as pessoas envolvidas nesse contexto participando em conjunto com os governos federal e estaduais.

### **2.3 - Aleitamento Materno - Políticas em Âmbito Municipal**

Florianópolis, município em que foi realizado o presente estudo, além das políticas públicas de saúde nacionais vigentes, conta desde 1997, com um programa de saúde integrante da ação governamental da prefeitura municipal intitulado “Programa Capital Criança”.

Esse programa tem como objetivo a atenção integral à mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e à criança. É desenvolvido nas unidades básicas de saúde do município, em articulação com as demais instituições que prestam atendimento nos seus diferentes níveis de complexidade, à mulher no processo gravídico-puerperal e à criança de zero a dez anos de idade, buscando a reformulação da atenção, principalmente através do monitoramento dos nascimentos e priorização do atendimento desse grupo (COELHO et al., 2004).

O desafio desse programa é a redução da mortalidade infantil. Além disso, a atenção integral à criança e o desenvolvimento de ações de assistência e prevenção de agravos, são objetivos que, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de prover qualidade de vida para a população. Após a sua implantação, em 1997 o

Coeficiente de Mortalidade Infantil vem decrescendo, passando de 21/1000 nascidos vivos em 1997 para 8,8/1000 nascidos vivos em 2012 (COELHO et al., 2004; FLORIANÓPOLIS, 2012).

As ações do Programa Capital Criança desde a implantação, visam à vinculação da assistência aos recém-nascidos à Atenção Primária, através do agendamento da consulta neonatal precoce entre o quinto e o sétimo dia de vida, com dia e hora marcados para a consulta do médico e da enfermeira de família da UBS de sua área de abrangência. As puérperas recebem diariamente nas maternidades, a visita das Agentes Educadoras, onde é entregue um kit contendo, um diploma de cidadão de Florianópolis, uma caderneta de saúde da criança do município, material para curativo do coto umbilical, termômetro, creme para assadura, sabão de glicerina, folhetos educativos sobre saúde bucal e cuidados com o bebê. Também durante essa visita nas maternidades públicas e privadas, os recém-nascidos recebem a vacinação contra a tuberculose e a primeira dose da vacina contra Hepatite B (FLORIANÓPOLIS, 2012).

O agendamento de consultas continua sendo feito pelo programa conforme calendário do Protocolo de Atenção à Criança, para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com dia e hora marcados, assim como a marcação de consulta e tratamento odontológico, a partir do trigésimo dia de vida até dez anos de idade. Os recém-nascidos em situação de risco, também são monitorados e é garantida a segurança nutricional pelo Programa de Fórmulas Especiais e pelo Programa Hora de Comer (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Dentre as ações do Programa Capital Criança está à implantação do Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal, que investiga e analisa todos dos óbitos maternos, infantis e fetais de residentes do município, o Comitê Municipal de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável (COMAMAS) criado em agosto de 2012, que visa fomentar as ações de promoção e apoio ao AM, por meio de diretrizes pré-definidas, além de estimular os trabalhos intersetoriais e buscar a interdisciplinaridade nas ações em prol ao AM no município e a implantação do Projeto Creche Amiga da Amamentação, que conta com a parceria do Programa Saúde na Escola da Secretaria Municipal de Educação e tutoras da Rede Amamenta Brasil. Até o ano de 2012 o município conta com 13 Unidades de Educação Infantil que fazem parte deste Projeto, que contempla um espaço para que as mães amamentem seus filhos nestas Unidades Escolares ou deixem armazenado o leite materno para que seja oferecido

aos seus filhos no período em que lá permanecerem (FLORIANÓPOLIS, 2012).

Em abril de 2009 foi inserida na rede básica do município a política nacional de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, a chamada Rede Amamenta Brasil. Atualmente, segundo a Coordenação da Rede Amamenta Brasil em Florianópolis, das 50 UBS, 39 estão sensibilizadas com a oficina e foram capacitados um total de 40 tutores. Os tutores são os principais pilares da Rede Amamenta Brasil. O profissional escolhido para ser tutor deve preencher alguns requisitos como, ter curso superior, ter experiência em manejo clínico do AM, ter realizado pelo menos um curso de formação em AM e ter disponibilidade para participar do processo em tempo integral. Esse processo inclui a capacitação de 40 horas em caráter de imersão, a multiplicação das oficinas de formação de tutores, a condução de oficinas de trabalho em AM e o acompanhamento das UBS. Após a oficina os tutores dão continuidade a esse processo, acompanhando as UBS e monitorando dos indicadores de AM (Brasil, 2011a).

O que difere esta estratégia da grande maioria das políticas públicas e das ações em prol do aleitamento materno, já instituídas anteriormente, é que o foco das ações não é a rede hospitalar e sim a atenção básica.

Ressalta-se que o município foi contemplado em 2011, com o diploma de menção honrosa do Prêmio Bibi Vogel, destacando-se pelas ações de promoção, proteção e apoio ao AM. O Prêmio Bibi Vogel destina-se a reconhecer essas ações sendo também uma forma de reconhecer a importância da amamentação para a prevenção e redução da morbimortalidade infantil. Foi criado pelo Ministério da Saúde com a publicação da Portaria 1907, de 13 de setembro de 2004 e recebeu esse nome em homenagem a Sylvia Dulce Kleiner, atriz conhecida como Bibi Vogel que se dedicou a militância das ações de amamentação no país. (BRASIL, 2011c).

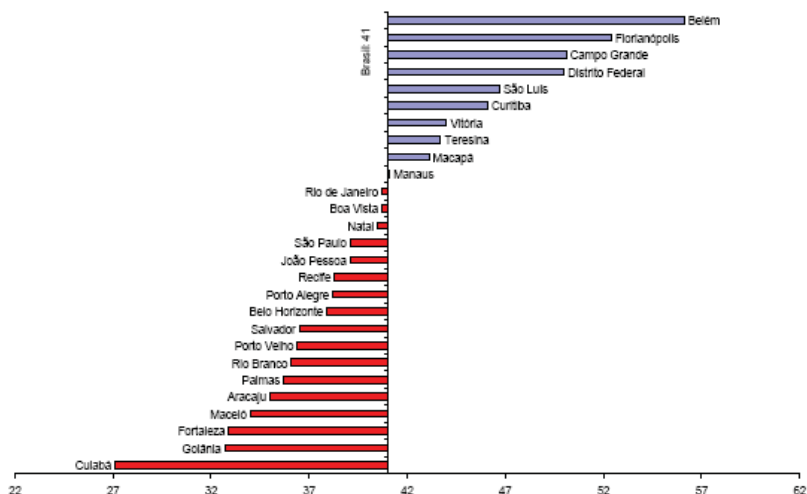
Diante do exposto, verificou-se que o município de Florianópolis conta com uma rede de promoção, proteção e apoio ao AM bastante atuante.

Assim sendo, utilizou-se como base para iniciar nossos questionamentos os índices de AM, obtidos através da “II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal”, realizado em 2008 no município de Florianópolis.

Com relação à prevalência do AME em crianças menores de seis meses (Figura 1) os dados mostram que Belém se destaca com a

maior prevalência (56,1%), seguida por Florianópolis (52,4%) (BRASIL, 2009b).

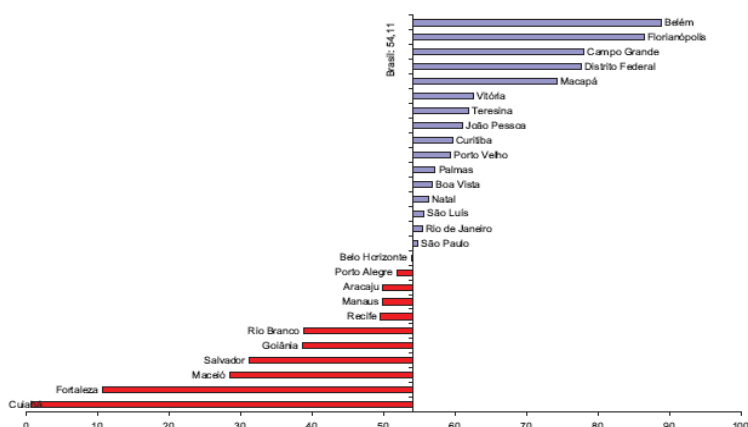
**Figura 1.** Prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses, segundo as capitais brasileiras e DF, 2008.



**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2009 (p.44).

Já a figura 2 revela que, de acordo com a duração mediana do AME, em dias, em crianças menores de seis meses de idade, Florianópolis apresenta o índice de 86,5 dias, ficando também somente atrás da capital Belém (88,8 dias) (BRASIL, 2009b).

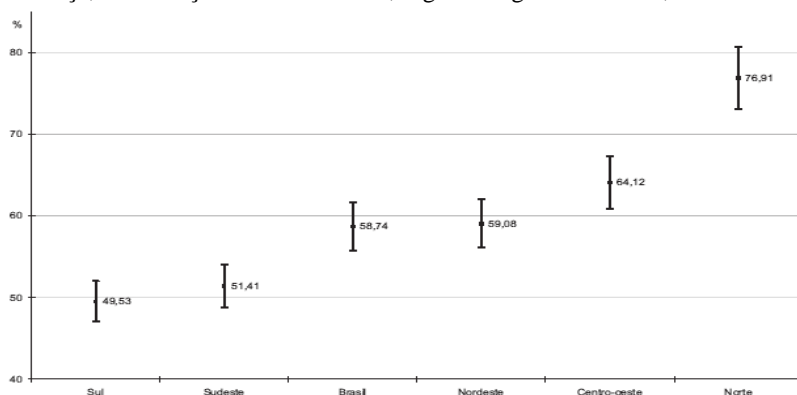
**Figura 2.** Duração mediana do aleitamento materno exclusivo, em dias, em crianças menores de seis meses, segundo as capitais brasileiras, 2008.



**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2009 (p.48).

Mas quando se verifica a prevalência do AM em crianças de 9 a 12 meses, a região Norte apresentou a melhor situação 76,9%, seguida das regiões Centro-Oeste 64,1%, Nordeste 59,1% e Sudeste 51,4%, ficando a região Sul com a pior situação, 49,5%, conforme mostra a Figura 3. Ressalta-se que em Florianópolis essa prevalência foi de 52,2%, ficando na frente de apenas 5 capitais.

**Figura 3.** Prevalência do aleitamento materno, com o respectivo intervalo de confiança, em crianças de 9 a 12 meses, segundo regiões do Brasil, 2008.



**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2009. (p.50)

Novamente quando se verifica a duração mediana do AM, a região Norte apresentou a maior estimativa de duração desta prática (434,8 dias – 14,3 meses), seguida da Centro-Oeste (373,6 dias – 12,3 meses), Nordeste (346,8 dias – 11,4 meses), Sudeste (303,5 dias – 10,0 meses) e Sul (302,1 dias – 9,9 meses).

Essa pesquisa mostra-nos que em todas as regiões do Brasil, as probabilidades de as crianças estarem sendo amamentadas nos primeiros dias de vida superam 90%, com queda mais acentuada a partir do quarto mês. As regiões Sul e Sudeste se distanciam das demais, especialmente a partir do quinto mês. No final do primeiro ano de vida, a região Norte se destaca com pouco mais de 60% de probabilidade de AM, e o comportamento das regiões Sudeste e Sul são bastante semelhantes (probabilidade em torno de 40%).

De acordo com a análise da situação do AM no Brasil, segundo parâmetros propostos pela OMS como, “Muito ruim, Ruim, Bom e Muito bom” em relação ao AME em menores de seis meses, os dados mostram que apesar dos avanços no País, 23 capitais ainda se encontram em situação “ruim”, e apenas 4 estão em “boa situação”. Dentre elas está Florianópolis. Mas quando se analisa a duração do AM em nosso País, a situação ainda é considerada “muito ruim”, com apenas uma capital classificada como “ruim”.

Outro dado importante que merece destaque é a introdução de bicos artificiais em crianças menores de seis meses, devido à sua

potencial interferência sobre as práticas de alimentação infantil. As informações sobre uso de chupeta para as crianças de 0 a 12 meses, apresentaram altas taxas no Brasil como um todo (42,6%). Na região Sul, a prevalência chegou a 53,7%, o dobro encontrado na região Norte (25,5%). Em Florianópolis a prevalência foi de 49,0% (BRASIL, 2009b).

A comparação dos resultados desta pesquisa em Florianópolis com os dados provenientes da pesquisa realizada no ano de 1999 também nos fornece informações importantes para a avaliação das ações de incentivo à amamentação no município. Dados revelam um aumento de 10,5 pontos percentuais no índice de AME em crianças menores de 4 meses passando de 53,3% para 63,8%. Em relação à evolução do indicador AM em crianças de 9 a 12 meses esse indicador passa de 41,5% para 52,2% aumentando 10,7 pontos percentuais (BRASIL, 2009b).

No que se refere ao uso da chupeta houve uma redução de 14,1 pontos percentuais. Em 1999, 63,1% das crianças menores de um ano em Florianópolis, faziam uso da chupeta esse número foi reduzido para 49,0% em 2008 (BRASIL, 2009b).

Também foram analisados dados referentes aos municípios que aderiram à pesquisa. Em relação à continuidade do AM, houve predomínio de municípios com situações melhores àquela identificada no conjunto das capitais nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto que as regiões Sudeste e Sul se caracterizam pela interrupção mais precoce do AM (BRASIL, 2010).

## **2.4 - Aleitamento Materno e o Cuidado**

### **2.4.1 - O Cuidado**

Para compreender a complexidade do cuidado, se faz necessário refletir sobre seu significado e as múltiplas relações/interações estabelecidas no cuidar. Essa reflexão permite não somente analisar como ocorre o cuidado, nas suas relações culturais, ambientais e sociais, mas conduzir a um cuidado de qualidade mediante a construção de novas formas de pensar e agir.

O cuidado apresenta um amplo significado e nesse sentido amplo, pode-se visualizar o cuidado por diferentes perspectivas. Desse modo, podemos perceber o cuidado com o significado de sentimento, atitude de zelo e atenção ou o cuidado com o significado de preocupação (BOFF, 2003).

O cuidado com o significado de sentimento nasce com todo ser humano, assim como o amor, que muitas vezes não se nota, mas como o cuidado, está presente e são sentimentos que nos caracterizam como seres humanos.

O ser cuidado manifesta um sentimento de retribuição, portanto quando cuidamos resgata-se e aprimora-se esse sentimento do outro. Para Morin (1999) nosso cotidiano vive sempre em busca de um sentido, mas o sentido não é originário, não provem da exterioridade de nossos seres, emerge da participação, da fraternização e do amor.

Para Boff (2003), quando uma pessoa se empenha na função de cuidar satisfaz uma necessidade sua e do outro, projetando-se para o futuro na perspectiva de qualidade de vida sua e do outro, em um constante movimento em busca da realização existencial que é o exercício do cuidado. A capacidade de envolver-se, de afetar e ser afetado pelo outro, é o que nos torna humano. O cuidado pressupõe uma relação, de convivência com o outro. E é a partir dessa relação do cuidado com o outro, que se desenvolve a dimensão de alteridade e de respeito.

O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro para isso é preciso ter atitudes de responsabilidade, preocupação e dedicação. Concordando com Boff (2003), o cuidado representa além do significado de sentimento o significado de preocupação e responsabilização com o outro.

O simples fato do outro estar vivo e pertencer a nossa existência já o faz digno de cuidado. Portanto, o cuidar não está relacionado apenas às necessidades fisiológicas, como ser alimentado, trocado, higienizado. Desse modo o cuidado se restringiria a atos e não a atitude. A atitude se refere a escutar as angústias, sentimentos e ajudar no enfrentamento de problemas.

A relação pessoa-pessoa presente em todas as dimensões da vida humana, se traduz no elemento essencial para o cuidado. Para a manutenção da espécie se faz necessário o cuidado entre os seres sendo este, consubstancial a organização de uma sociedade. O cuidado aproxima os seres e integra-os nos diferentes sistemas sociais/naturais. Dessa maneira, os seres se co-relacionam com outros, com o ambiente, com a natureza e com o mundo na complexidade das múltiplas relações do cuidado. (ERDMANN, 1996).

Também na visão de Boff (2003) o ser humano estabelece relações não apenas no aspecto social, mas ecológico-social, isto é, relação estabelecida com a natureza e com os diversos ecossistemas.



Portanto, na natureza humana são necessárias as constantes trocas de experiências mediadas pelas interações estabelecidas, uma vez que o ser humano é um ser de múltiplas relações e interações. Isso acontece igualmente nas múltiplas e complexas relações de cuidado (ERDMANN, 1996).

Para Klock et al. (2007, p. 457):

O ser humano, através do cuidado, tem a capacidade privilegiada de interagir com a condição intersubjetiva do outro e descobrir-se um ser no mundo em constante interação e reciprocidade, capaz de humanizar a sua própria essência.

Posto isso, entende-se que o cuidado está fundado e interligado, em uma complexa rede de múltiplas relações e múltiplos sistemas.

## **2.4.2 - O Cuidado de Enfermagem e o Aleitamento Materno**

O cuidado de enfermagem, diferente da concepção assistencialista, predominante nos modelos tradicionais, representa nos dias de hoje, a dinamicidade das múltiplas interações humanas e sociais, capaz de atuar nas dimensões sociocultural, afetiva, cognitiva e bio-fisiológica da natureza humana (KLOCK et al., 2007).

Faz parte, da crescente busca pela enfermagem, do desenvolvimento de novas práticas reflexivas que conduzam ao cuidado multidimensional do ser humano. Na prática profissional de enfermagem, cabe a esse profissional, atender e compreender o outro em suas particularidades/singularidades, e em suas multiplicidades/pluralidades. Bem como, articular a rede de interações complexas de cuidado que compõem o sistema de cuidados em saúde, através de atitudes e características exclusivamente humanas, de empatia, conferindo sentimento de valor e fortalecendo o elo entre todos os seres envolvidos no processo de cuidar (KLOCK et al., 2007; BAGGIO, CALLEGARO, ERDMANN, 2009).

Essa rede de interações complexas permite a enfermagem integrar o seu cuidado aos demais sistemas presentes em nossa sociedade. Quando pensamos no cuidar em enfermagem de maneira complexa, desenvolvemos um olhar que nos permite excluir o cuidado como uma forma isolada e fragmentada.

Segundo o princípio da autonomia/dependência (auto-organização) de Morin (2006a), a enfermagem vive a auto-eco-organização, pois ao mesmo tempo em que a profissão é autônoma em sua organização, ela interdepende, organiza-se e desorganiza-se a partir das relações estabelecidas entre os profissionais que a compõem e transformam, bem como a relações/interações de dependência social.

Para Backes et al. (2006), a enfermagem confere a maior parte do seu tempo na interação com o outro numa relação recíproca, interativa e cuidativa, sendo o cuidado a força propulsora e dinamizadora das ações dessa profissão.

Segundo Souza et al. (2005 p. 267):

Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade, suas escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como uma profissão.

Nesse sentido, a essência do cuidar em enfermagem, está permeada de atitudes e não somente restrito a atos biológicos, compartilhando com os envolvidos nesse cuidado experiências e oportunidades, integrando as pessoas em torno de um bem comum. Assim cuidar significa comprometimento e engajamento político-cultural (SOUZA et al., 2005).

No cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM, a enfermagem ocupa posição privilegiada, pois é o profissional que permanece mais tempo ao lado da gestante/lactante, atuando como facilitador na promoção de seu bem-estar bio-psico-sócio-emocional.

A amamentação, comumente, vem acompanhada de sentimentos conflituosos, pois essa prática sofre influência da cultura, crenças e tabus. É já na abordagem que se inicia o cuidado, considerado multidimensional, tornando necessário que o enfermeiro nesse momento permita que à gestante/mãe expresse suas preocupações, temores e expectativas, para poder, a partir desses conhecimentos, desenvolver intervenções que certamente as ajudarão a superar as dificuldades que possam vir a experimentar durante o processo da amamentação.

No cuidado em AM, a enfermagem deve atentar para a exclusão de modelos tradicionais de transmissão das informações onde a gestante/mãe/família é colocada em uma posição passiva, impedindo à expressão

dos seus conhecimentos prévios e consequentemente a negociação dos cuidados requeridos.

A crença de que a mulher é capaz de vivenciar a experiência da amamentação com sucesso, se estiver preparada para exercê-la a partir do conhecimento dos aspectos básicos e práticos da amamentação, é um grande desafio para a enfermagem. Como a maioria das políticas públicas desenvolve ações enfocando os aspectos técnicos e biológicos da amamentação, a enfermagem, como descrito anteriormente, tem a necessidade de estender seu cuidado para além das questões biológicas da amamentação, buscando identificar e esclarecer junto à mulher as suas percepções acerca desta vivência e compreender os reais motivos pelos quais as mulheres querem ou não, amamentar seus filhos (SILVA, 1990).

É evidente que o domínio de aspectos fisiológicos e técnicos da amamentação nos permite detectar muitas das intercorrências para propor ao binômio mãe/bebê, resoluções para suas dificuldades. Mas, a aplicação do conhecimento biológico em conjunto com o conhecimento e a experiência dessa gestante/mãe em amamentar bem como o meio em que ela está inserida, propicia uma amplitude de cuidados que nos aproxima da nossa clientela, permitindo uma atuação por inteiro.

É neste sentido que a enfermagem é de extrema importância neste processo, pois, enquanto ator social oportuniza formas de caminhar cada vez mais intensa e envolvida, no entendimento da amamentação como uma questão que está nitidamente dada como um tecido inteiriço de natureza-cultura (SHIMIZUI; LIMA, 2009).



### 3 – REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O estudo teve como aporte teórico-filosófico o pensamento complexo focado nos escritos de Edgar Morin, para aproximar e compreender os fenômenos complexos que emergiram das relações e interações do cuidado em AM nas suas múltiplas dimensões. Também utilizou-se como base teórico-filosófica, o referencial da Teoria Ator Redes (TAR) de Bruno Latour, para buscar a compreensão do cuidado no processo da amamentação integrado nas redes de promoção proteção e apoio ao AM.

#### 3.1 - A Complexidade

A complexidade apresentada por Morin está composta por sete princípios básicos, que norteiam a forma conceber o pensamento complexo, demonstrando-se complementares e interdependentes entre si. (MORIN, 2006a). São os princípios: sistêmico ou organizacional, hologrâmico, circuito retroativo, circuito recursivo, autonomia/dependência, dialógico e reintrodução do conhecimento em todo conhecimento.

1. *Princípio sistêmico ou organizacional*, liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, sendo que o todo é igualmente mais e menos que a soma das partes. Ao unirmos os vários saberes fragmentados (partes), há a formação de um todo com características inesperadas e novas, em relação ao conhecimento que o originou. São variáveis que lançam propriedades novas tanto às partes como também ao todo.
2. *Princípio hologrâmico* põe em evidência que não só a parte está no todo, mas também o todo está na parte, e cada parte possui sua singularidade e sua individualidade, além de conter o todo. Esse princípio vem evidenciar a dicotomia do princípio anterior. Abandona-se uma explicação linear por uma explicação em movimento, circular, onde se vai das partes para o todo e do todo para as partes, para tentar compreender o fenômeno. Apesar de o todo apresentar novidades em relação às características presentes nas partes e vice-versa, uma coexiste na outra. O indivíduo é parte constituinte da sociedade e é por ela constituído. Há um dinamismo claro nesse princípio: o sujeito age no meio social, influencia, constrói e é por ele influenciado, recebendo o resultado de suas ações.

3. *Princípio do circuito retroativo* permite o conhecimento dos processos auto-reguladores. Rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa.
4. *Princípio do circuito recursivo* supera a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. Estabelece que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Neste princípio da recursidade rompe-se com idéia linear de causa/efeito, produto/produtor.
5. *Princípio da autonomia/dependência (auto-organização)* apresenta a relação entre os seres humanos, seres auto-organizadores, que se reproduzem incessantemente, com gasto de energia para manter a sua autonomia e a natureza, de onde o ser humano retira a energia para a sua sobrevivência. A autonomia do ser humano, ao se auto-produzir, é inseparável da dependência do ambiente em que vive. Portanto, são seres auto-eco-organizadores. Embora autonomia/ dependência pareçam ideias contrárias, são ao mesmo tempo, complementares.
6. *Princípio dialógico* permite unir dois princípios ou noções que na concepção tradicional, um excluiria o outro, mas aqui são inseparáveis numa mesma realidade, e tornam-se complementar. Dessa forma, concebe-se uma dialógica ordem/desordem/organização, desde o nascimento do universo. O pensamento complexo assume dialogicamente os dois conceitos que deveriam se excluir. Em suma, esse princípio vem associar idéias e noções conflitantes e/ou antagônicas.
7. *Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento* refere-se à restauração do sujeito e dá ênfase à percepção da teoria científica. Todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, numa certa cultura e num determinado tempo. Esse princípio é percebido sob influencia cultural-temporal. Portanto, todo o conhecimento é uma reconstrução de um conhecimento prévio.

Aliados a esses princípios, a definição do pensamento complexo pode ser compreendida como um pensamento que não separa mas, une as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana, integrando todos os modos de pensar. Considera as influências recebidas do ambiente interno e externo, confronta-se com a incerteza e a contradição, convive com a dependência recíproca entre os fenômenos existentes e é antagônico aos mecanismos reducionistas e

simplificadores. A complexidade aparece onde o pensamento simplificador falha (MORIN, 2003).

Morin (2002) busca um pensamento complexo para a ciência, pois alega que na ciência compartimentada torna-se impossível o conhecimento do conhecimento, e nesse paradigma, quando a ciência é segregada em disciplinas, o progresso do conhecimento se constitui ao mesmo tempo um grande progresso do desconhecimento. Desse modo acredita em um pensamento mais racional e menos mutilante possível.

Dessa maneira, o pensamento complexo repudia os modos simplificadores, reducionistas e mutiladores do pensamento unidimensional e procura articular os múltiplos campos disciplinares com a finalidade da sua não segregação.

Propor um pensamento complexo abrange todas as possibilidades de integração das mais variadas formas de se ver um fenômeno, saindo das interpretações mecanicistas ou cartesianas. A compreensão completa pela complexidade busca todas as explicações ou entendimentos possíveis. Assim, não se deve permitir fazer a análise de um fenômeno particular, no caso desse estudo o AM, sem o enquadrarmos numa totalidade que valorize “as interações e retroações entre partes e todo” (MORIN, 2006b).

Diferentemente do pensamento fragmentado e unilateral, o pensamento complexo configura-se em outra forma de abordar a realidade. De maneira geral, a complexidade é capaz de reunir, de contextualizar, de globalizar, mas, ao mesmo tempo, pode reconhecer o singular, o individual e o concreto (MORIN, 2006b).

A complexidade está atrelada a uma mistura ambígua de ordem/desordem, certo/incerto, equilíbrio/desequilíbrio de modo que essas contradições têm o intuito de compreender mais profundamente a realidade, mas essa compreensão nunca será acabada, por não haver uma ordem ou certeza absoluta. Desse modo, quanto mais se tenta compreendê-la, mais se percebe a incompreensão e a busca pelo aperfeiçoamento do pensamento, sendo assim, o pensamento complexo expressa o inacabado e a incompletude do conhecimento (MORIN, 2006b).

Então, o pensar complexo nos remete a elaboração de novos saberes quando nos permitimos uma visão de mundo em que se privilegia a multiplicidade e as incertezas, considerando as diferenças e convivendo com elas. Anula as certezas e a verdade absoluta, mostramos que nada é previsível, portanto, as ações humanas não podem ser analisadas linearmente, pois existem efeitos gerados por pequenos atos que podem desencadear outras ações.

A realidade permite múltiplas relações entre diferentes sistemas, e em diversos níveis, já que o todo é formado por partes e esta, por sua vez, também possui unidades menores que as compõem. Nesta trama de elementos constituintes, não é possível chegar a um pensamento previsível, pois é justamente o inesperado que perfaz o complexo e uma alteração no planejado reproduz-se, causando relações que podem, a princípio, ser sutis, mas que proporcionam a chance de outras acontecerem. Essas relações acontecem em circularidade construtiva onde não são anulados os caracteres antagônicos ou concorrentes, esses caracteres se tornam complementares nos movimentos que os associam (Morin, 2003).

Outra idéia que faz parte das múltiplas relações entre os diferentes sistemas, é a auto-eco-organização, ou seja, a relação de autonomia e dependência, onde os sistemas vivos são autônomos (auto-produção e auto-organização) e ao mesmo tempo dependentes do meio externo (ambiente) para que possam desenvolver sua organização (Morin, 2006a).

O ser humano depende da sociedade assim como a sociedade depende do ser humano para existir. Por meio das interações estabelecidas entre os seres humanos, a sociedade se forma, e esta por meio da cultura, formam os seres humanos (MORIN, 2003).

Também através do pensamento complexo, a complexidade humana pode ser compreendida quando se considera o ser humano na sua unidade na sua diversidade. Para Morin (2006b), o ser humano complexo é uni e multidimensional, singular e plural; é um ser biológico, afetivo, psíquico, social e racional, que em sua constituição complexa agrega singularidades e pluralidades de outros seres, advindas das relações e interações. Tem a capacidade de se articular, integrar, reunir, relacionar, inter-relacionar, e aprender problemas locais e globais.

Por sua vez, o ser humano é um ser inacabado, incompleto e imperfeito por natureza, o qual pertencene a uma sociedade de dimensões histórica, economica, sociológica, religiosa e convive com normas, regras, proibições, estratégias, crenças, idéias, valores e mitos. (MORIN, 2006a).

A cultura retroalimenta e é retroalimentada pelo comportamento humano. Desse modo para Morin (2006b), o ser humano é em sua unidade um ser biológico e em sua diversidade um ser cultural, psicológico e social. A unidade traz em si múltiplas diversidades. A unidade não está apenas nos traços biológicos do homem, existe também diversidade biológica na unidade humana; não existe apenas unidade



cerebral, mas psíquica, mental, afetiva, intelectual. Como a unidade, a diversidade não está apenas nos traços psicológicos, culturais e sociais. A unidade deve conceber e favorecer a diversidade.

Nesse pensamento, o ser humano por si só, é um ser complexo, logo é 100% natureza e 100% cultura. As sociedades só existem e as culturas só se formam, conservam, transmitem e desenvolvem através das interações do cérebro e do espírito. A cultura e sociedade estão em relação geradora mútua; nesta relação, não podemos esquecer as interações entre indivíduos, eles próprios portadores e transmissores de cultura, que regeneram a sociedade, a qual regenera a cultura (MORIN, 2011).

Baseado nesse pensamento, e acreditando que a prática da amamentação é 100% natureza e 100% cultura, buscou-se com esse estudo, compreender o cuidado de enfermagem, baseado na complexidade do ser humano e das múltiplas relações estabelecidas nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM, visando contribuir posteriormente com ações voltadas à expansão dessa prática em nosso meio.

### **3.2 - Teoria Ator Rede**

A *Actor-Network Theory* (ANT), traduzida para o português como TAR, foi produzida por um grupo de antropólogos, sociólogos e engenheiros franceses e ingleses, dentre os quais Bruno Latour<sup>1</sup>. Apresenta-se como um caminho inovador na busca da compreensão sobre o que fundamenta a verdade científica, utilizando referenciais das ciências sociais, em especial da antropologia, para investigar a dimensão epistemológica da prática científica.

A proposta da TAR busca romper com a idéia de que a ciência é uma atividade purificada e independente, propondo uma nova ontologia delineada por coletivos compostos de articulações entre atores humanos e não humanos organizados em rede, que ao se interligarem formam

---

<sup>1</sup> Filósofo, sociólogo e historiador das ciências, nasceu na França em 1947, formou-se em filosofia foi professor do Centro de Sociologia da Inovação da École de Mines de Paris e por vários períodos foi professor visitante da University of California, em San Diego, na London School of Economics e na história da ciência departamento da Universidade de Harvard. Atualmente é professor da Sciences Po em Paris.

uma rede de efeitos e visões diferenciadas que permitem uma leitura social ampliada.

A TAR está pautada nas noções de rede, ator, translação e princípio da simetria generalizada. Para Latour (2004, p. 397), seu conceito baseia-se em:

Seguir as coisas através das redes em que elas se transportam descrevê-las em seus enredos, (...) é antes de tudo, um método, um caminho para seguir a construção e fabricação dos fatos, que teria a vantagem de poder produzir efeitos que não são obtidos por nenhuma teoria social.

O conceito de rede remete a fluxo, circulações e alianças, nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes. Rede é uma lógica de conexões. É uma totalidade aberta capaz de crescer em todos os lados e direções, sendo seu único elemento constitutivo o “nó” de onde partem as diversas conexões. Na abordagem da ATR são enfatizados os fluxos, os movimentos e as mudanças por eles provocadas, pois, não há informação, apenas trans-formação, e essa é a principal característica da rede (Latour, 2004).

O conceito de ator na TAR, refere-se a tudo que age, marca e produz algum efeito no mundo, abrangendo pessoas, animais, objetos, máquinas, etc.

Esta teoria tem como ponto de partida o entrelaçamento de todo um conjunto de fatores heterogêneos, composto por objetos, pessoas, interesses políticos e sociais, que possibilita a compreensão dos processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social.

Essa rede é construída, fortalecida e ampliada, através dos movimentos coletivos de interesses e atitudes (LATOUR, 2004).

A translação ou tradução significa deslocar objetivos, interesses dispositivos, seres humanos. Implica no desvio de rota, o trabalho pelo qual os atores modificam, os seus vários e contrários interesses canalizando pessoas para direções diferentes, ou seja, convencer os atores a se movimentarem em direção a um único objetivo, fazendo-os acreditar ser este o seu próprio, canalizando as forças que representaram o poder da rede. O autor preocupa-se com a transformação que pode ocorrer frente a uma argumentação a ponto de deixá-la irreconhecível (LATOUR, 2000).

Latour (2000, p. 179 - 178) delimita cinco tipos de translação:

**Translação um:** eu quero o que você quer (...), o primeiro modo, o mais fácil, de encontrar pessoas que acreditem imediatamente na afirmação, que invistam no projeto; **Translação dois:** - Eu quero; por que você não quer? (...) Esse deslocamento do interesse explícito não é muito exequível; é raro; **Translação três:** se você desviasse um pouquinho... Nessa nova translação do interesse dos outros, os contedores não tentam afastá-los de seus objetivos. Simplesmente se oferecem para guiá-los por um atalho; **Translação quatro:** remanejando interesses e objetivos. (...) Para realizar aquilo que pareceria tarefa impossível, há um obstáculo que de início se apresenta como intransponível: os interesse explícitos das pessoas; e **Translação cinco:** tornar-se indispensável. (...) todas (as translações) levam à quinta, que literalmente, as sumaria. (...) os contedores mudaram da mais extrema fraqueza – que os forçava a seguir os outros – a mais extrema força – que obrigam todos os outros a segui-los.

O princípio da simetria generalizada está centrado na explicação simultânea da natureza e da sociedade a partir de um quadro comum e geral de interpretação. A natureza e a sociedade devem ser tratadas num mesmo plano, pois ambas são efeitos de redes heterogêneas, não existindo um mundo das coisas em si de um lado e o mundo dos homens em si de outro. A natureza e a sociedade não são compostas pelos mesmos elementos, mas podem ser descritas da mesma maneira e tratadas sob os mesmos termos (LATOUR, 2000).

Para Latour (2000), a ciência se constitui por um processo de negociação em rede, demonstrando uma constante retroalimentação entre o “lado de dentro” e o “lado de fora” do laboratório; o lugar onde se realizam as práticas e o seu entorno. Afirma que os cientistas puros são como filhotes indefesos que ficam no ninho enquanto os adultos se ocupam construindo abrigo e trazendo alimento.

A proposta de Latour (2000) é a não separação entre as entidades ontológicas natureza e cultura, bem como a não separação entre sujeito e objeto, gerando uma idéia de relação de domínio dos homens sobre as coisas do mundo, conceitos estes fundados pela modernidade. Portanto, não pode existir, natureza de um lado e cultura

de outro, mas apenas naturezas culturais. O papel dos cientistas é desvendar essas redes de relações visando compreender a prática científica, ressaltando as importantes conexões entre o mundo e o ambiente social mais abrangente.

Na visão metodológica, a compreensão da ciência baseia-se em acompanhar os cientistas em ação uma vez que a ciência está edificada sobre a prática e não sobre idéias propondo uma abordagem que não seja centrada nem só no técnico, nem só no social, mas capaz de respeitar a dinâmica não linear e não hierárquica dessas relações (LATOUR, 2000).

Latour (2000) considera a ciência como uma prática híbrida, nômade e heterogênea, que tem por finalidade definir ao mesmo tempo, a sociedade e a natureza, o sujeito e o objeto. A ciência para o autor é uma instituição culturalmente formada no contexto social, político, econômico e geradora de cultura própria, que abrange muitos interesses que vão desde o seu surgimento até a sua sustentação.

A ciência não é vista como exterior à cultura, mas capaz de compreender e desenvolver esquemas complexos. O processo da amamentação envolve mulheres, crianças, famílias, profissionais e sociedade, constitui-se uma combinação multidimensional, exigindo diferentes abordagens e intervenções para uma atuação efetiva. Constitui assim, uma categoria híbrida, onde natureza e cultura não se separam, ou seja, o processo de amamentar enquanto uma prática biologicamente determinada é socialmente condicionada (ALMEIDA, 1999).

No seu estudo, “Amamentação: um híbrido natureza-cultura”, Almeida (1999), utilizando os pressupostos teóricos de Latour (1994), considera a separação entre ciência e sociedade, um dos maiores problemas do atual paradigma de amamentação. Responsabiliza os cientistas pela gestão do âmbito biológico e os políticos pela gestão do meio social, impossibilitando dar conta da dimensão híbrida da amamentação.

Baseado nesse pensamento, Almeida (1999) afirma que não é admissível a separação entre fato e teoria, do mesmo modo que não é possível existir um mundo inteiramente independente daquilo que se pense dele, nesse sentido a neutralidade científica deve ser substituída pelas questões éticas envolvidas nas dinâmicas que se estabelecem entre o biológico e o social, no cenário da amamentação.

Dessa maneira, nesse estudo considera-se o AM como um híbrido natureza e cultura, onde o cuidado de enfermagem nesse contexto é visto sob a perspectiva de rede, no qual seus atores se entrelaçam nessa trama sofrendo interferências constantes e estabelecendo fluxo, circulações e alianças.

## 4 – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente estudo foi desenvolvido utilizando duas abordagens.

A primeira abordagem, para responder a primeira pergunta de pesquisa, realizou-se um estudo quantitativo através de análise estatística utilizando os dados secundários do inquérito de uma pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde/Fiocruz e coordenada por pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde/SP e da Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

A segunda abordagem do estudo, para responder a segunda pergunta de pesquisa, realizou-se um estudo qualitativo, onde foi utilizado como referencial metodológico, a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

O propósito para a utilização dessas duas metodologias visou **conhecer a prevalência e os fatores associados à manutenção do aleitamento materno, no município de Florianópolis, em 2008, em crianças menores de um ano de idade, bem como compreender o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a partir das interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães envolvidos nesse cuidado, abrindo questionamentos e reflexões acerca do contexto das políticas públicas na atenção ao aleitamento materno.**

### 4.1 - PESQUISA QUANTITATIVA

#### 4.1.1 - Desenho do estudo e fonte dos dados

Inicialmente para o cumprimento da primeira abordagem, procedeu-se um estudo transversal para verificar a prevalência do AM em crianças menores de um ano de idade no município de Florianópolis e caracterizar a sua manutenção identificando fatores associados à sua prática.

Foram utilizados os dados secundários da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito

Federal – PPAM/Capitais realizada em 2008, no município de Florianópolis<sup>2</sup>.

A metodologia dessa pesquisa tem por base a experiência do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), desenvolvido pelo Instituto de Saúde de São Paulo desde 1998, que objetiva monitorar as práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo. Essa pesquisa foi realizada pela segunda vez em todas as Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. A primeira pesquisa de âmbito nacional sobre AM foi realizada em 1999, ficando somente a Capital Rio de Janeiro sem participar. Nas duas pesquisas foi utilizada a mesma metodologia na qual um questionário sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida foi aplicado em amostras representativas das capitais e DF, no momento da campanha de vacinação (BRASIL, 2010).

Para que a pesquisa se efetivasse seguindo a mesma proposta metodológica, todas as capitais brasileiras receberam capacitações por meio de três oficinas macro-regionais organizadas pelo Ministério da Saúde. As oficinas tiveram duração de 16 horas, contemplando a capacitação para a realização de todas as etapas da pesquisa. Dessa forma, os técnicos das Secretarias Estaduais foram preparados para os treinamentos locais, e receberam material de apoio padronizado contendo todas as orientações para os coordenadores municipais da pesquisa e para a capacitação dos entrevistadores. (BRASIL, 2010).

Os dados coletados e gerados tem o intuito de fornecer informações sobre as diferentes modalidades de AM e pertencem ao município que participou da pesquisa. Eles foram digitados pelos técnicos municipais em um aplicativo desenvolvido para a pesquisa e posteriormente enviado ao Ministério da Saúde para a emissão de relatórios. Posteriormente outras tabulações e análises podem ser processadas. Essas análises variam de acordo com o interesse de cada município ou de pesquisadores, desde que obtenham autorização prévia da autoridade local de saúde que administra esse banco. É incentivada a sua posterior análise com vistas a avaliar as ações pró-aleitamento.

A organização, tabulação e análise de tais dados configuram a primeira abordagem dessa pesquisa.

---

<sup>2</sup> Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde por meio de convênio firmado junto à Fiocruz, e coordenado por uma equipe composta por pesquisadores do Instituto de Saúde da SES/SP e da Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

## **4.1.2 – Fonte de dados**

### **Local de realização do estudo**

Os cenários deste estudo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde foram as UBS e Unidades Volantes que participaram da segunda etapa da campanha de vacinação realizada no período de julho a agosto de 2008, no município de Florianópolis, SC.

A Secretaria Municipal de Saúde pertencente à Prefeitura Municipal de Florianópolis, conta com 50 UBS, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e quatro Policlínicas Regionais.

Esse inquérito foi realizado em uma amostragem de 30 Unidades Básicas de Saúde, uma Policlínica e nove Unidades Volantes. Dentre as Unidades Volantes estão dois shoppings, seis supermercados e um trailer.

### **População de estudo e amostragem**

A amostra do estudo foi composta por 1073 crianças menores de um ano de idade que compareceram nos dias de campanha de vacinação nas UBS do município de Florianópolis, no período de julho a agosto de 2008. Dos 1073 inquéritos, 988 foram respondidos pelas mães das crianças.

Essa população se refere a uma amostragem calculada pelo Ministério da Saúde, onde inclui municípios com população superior a 4.000 crianças menores de um ano de idade. O município de Florianópolis foi incluído nessa amostragem. O plano amostral foi elaborado com base na informação fornecida pela secretaria estadual de saúde sobre o número de postos de vacinação do município e a estimativa do número de crianças menores de 1 ano que seriam vacinadas em cada posto, com base nas planilhas de campanhas de vacinação de 2007.

Para a realização dos inquéritos adotou-se amostras por conglomerados, com sorteio em dois estágios. Estipulou-se um tamanho fixo de amostra de 1000 crianças, que permite estimar a prevalência de diferentes indicadores relacionados à alimentação infantil, dentro de intervalos de confiança de, no máximo, mais ou menos 3% com 95% de certeza. (INSTITUTO DE SAÚDE, 2009a). Considerando que as crianças não estão distribuídas uniformemente nos vários postos de vacinação (conglomerados), adotou-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No

primeiro estágio foram sorteados os postos de vacinação e no segundo estágio as crianças em cada posto, de forma sistemática. A amostra desenvolvida para cada município foi considerada equiprobabilística ou autoponderada, evitando a necessidade de posterior ponderação (SILVA, 1999). As frações amostrais mantêm-se constantes, a partir da expressão  $f=f_1, f_2$ , ou seja, todas as crianças têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra sorteada. Os postos maiores têm maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio ( $f_1$ ) e as crianças dos postos menores tem maior probabilidade de sorteio no segundo estágio ( $f_2$ )<sup>9</sup> (INSTITUTO DE SAÚDE, 2009a).

A partir do número de crianças previstas para serem vacinadas, chegou-se ao número para serem entrevistadas em cada posto de vacinação. Uma planilha foi fornecida para o município contendo os postos sorteados para conduzir o inquérito, onde consta o nome do posto sorteado, o número total de crianças vacinadas na última campanha (usado para orientar o sorteio), o número de crianças (aproximado) a serem entrevistadas e a fração de sorteio (INSTITUTO DE SAÚDE, 2009a).

Todos os entrevistadores receberam orientações acerca da correta aplicação do processo de sorteio das crianças na fila de vacinação, sobre a importância da aleatoriedade da coleta de dados e sobre a prática do sorteio sistemático.

### **Variáveis estudadas**

Nesse estudo, para descrever e identificar possíveis fatores associados à manutenção do aleitamento materno nas crianças menores de um ano de idade, foram consideradas variáveis independentes, relativas às crianças, às mães e aos serviços de saúde.

O quadro 1 apresenta a descrição completa das variáveis estudadas relacionadas com a criança que foi amamentada.



**Quadro 1** – Variáveis incluídas no estudo.

	<b>Variáveis</b>	<b>Operacionalização</b>
<b>Características da Criança</b>	Idade Sexo Uso de Mamadeira Uso de Chupeta Tipo de Parto Mamou na 1ª hora Peso ao nascer	Dias M/F Sim/Não Sim/Não Vaginal/Cesárea Sim/Não < 2.500 g / >2.500g
<b>Características da mãe</b>	Grupo Etário*  Primeiro filho* Escolaridade*  Situação de trabalho*	<20anos 20 e 35 anos > 35 anos Sim/Não Sem escolaridade Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior Trabalha fora Não trabalha Licença Maternidade
<b>Serviço de Saúde</b>	Local de nascimento do filho Local de consultas de rotina do filho	IHAC/não IHAC  Privado/Público

**Fonte:** Organizado pela autora do presente estudo, 2012.

\* Informações que foram obtidas apenas quando o entrevistado era a mãe da criança.

IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança

### **Instrumento de coleta de dados**

O questionário para coleta dos dados (ANEXO A) continha predominantemente questões fechadas e versava sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e alimentos no dia anterior à coleta de dados. Portanto as informações sobre as práticas alimentares das crianças foram coletadas por meio de recordatório de 24 horas, que reflete as práticas atuais de alimentação. A vantagem que essa estratégia apresenta é de que os dados estão menos sujeitos a viés de recordação ou memória, uma vez que as perguntas indagam sobre o consumo alimentar da criança na véspera da entrevista e não quando a criança começou receber outro tipo de líquido ou alimento sólido (CARVALHAES; PARADA; VENÂNCIO, 1998).

É importante ressaltar que os levantamentos epidemiológicos realizados durante as campanhas de vacinação apresentam um baixo custo e possibilitam um diagnóstico rápido da situação da amamentação e práticas de desmame (CARVALHAES; PARADA; VENÂNCIO, 1998).

Para analisar também os padrões de alimentação infantil segundo as características da população, foram coletadas informações sobre as crianças e suas mães e ainda, para aquelas crianças acompanhadas pelas mães foram dirigidas questões referentes à situação de nascimento da criança, utilização da rede básica de saúde do município e dados socioeconômicos e demográficos.

#### **4.1.3 – Tratamento e análise dos dados**

No estudo atual, esse banco de dados foi tratado estatisticamente por meio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 19.0. Foram calculadas as prevalências do AM em todas as crianças segundo idade em dias, bem como a presença/ausência de associação entre a manutenção do AM e cada uma das variáveis independentes, sendo a significância avaliada através do teste *qui-quadrado* adotando-se  $p < 0,05$  como nível de significância. Posteriormente nas variáveis, idade em dias da criança e idade materna adotou-se também o teste *t de student*.

O teste *qui-quadrado* testa o grau de associação entre as variáveis, é um teste não-paramétrico que serve para comparar duas proporções quando os dados assumem qualquer distribuição (MORETTIN; BUSSAB, 2012).

O teste *t de student* é um teste paramétrico onde comparara duas médias quando os dados assumem a distribuição normal (MORETTIN; BUSSAB, 2012).

O tratamento estatístico de todo banco de dados foi realizado e validado durante o doutorado sanduíche no exterior da pesquisadora juntamente com a professora Dra Dulce Maria Pereira Garcia Galvão e com professor de estatística, Dr. Luis Loureiro ambos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

#### **4.1.4 - Aspectos Éticos da Pesquisa**

A pesquisa de base não envolveu riscos de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural, pois tratava de um inquérito populacional, observacional. O projeto foi aprovado pela

Secretaria do Estado da Saúde – Coordenadoria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde – Instituto de Saúde – Comitê de Ética, protocolo: 001/08 (ANEXO B) com parecer expedido pelo Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), ofício nº 970 CONEP/CNS/MS, Expediente MS nº 25000.071882/2008-84, Registro CONEP nº 14814 (ANEXO C).

De acordo com a estratégia adotada para aplicação do questionário nas filas de vacinação, os acompanhantes das crianças menores de 1 ano foram informados sobre a pesquisa solicitando seu consentimento verbal para a aplicação do questionário e garantindo o seu anonimato. Para a padronização das informações os entrevistadores foram orientados a ler o seguinte texto de apresentação da pesquisa:

#### **TERMO DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA**

*- “Essa pesquisa tem como objetivo conhecer a alimentação de crianças menores de 1 ano. Sua participação não é obrigatória e seu nome não será divulgado. Em qualquer momento o(a) Sr.(a) poderá interromper a entrevista. Vamos fazer algumas perguntas e anotar informações da Caderneta de Saúde da Criança. A entrevista dura no máximo 5 minutos e não vai atrasar a vacinação da criança. O(A) Sr.(a) concorda em participar da pesquisa?”*

As mães (ou acompanhantes das crianças) poderão solicitar ainda mais informações sobre a pesquisa e o entrevistador poderá responder (INSTITUTO DE SAÚDE, 2009b):

Farei perguntas sobre os alimentos que a criança recebeu nas últimas 24 horas. A participação do senhor (a) é muito importante para que os profissionais de saúde possam conhecer melhor os hábitos alimentares das crianças. Se precisar ou desejar a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá interromper a entrevista. Podemos começar?

Após o consentimento todos os acompanhantes que participaram da pesquisa receberam filipetas contendo os dados para contato com o coordenador local da pesquisa. Essa maneira possibilitou agilizar a realização das entrevistas, sem prejuízo do andamento das atividades rotineiras da campanha de vacinação.

## 4.2 - PESQUISA QUALITATIVA

De acordo com Mello (2005, p. 8):

A eleição do método de investigação depende basicamente da natureza do problema que se investiga. Esse é um dos primeiros desafios com que se depara o pesquisador. A ciência exige método e a sua escolha não é um ato de plena liberalidade. O caráter do fenômeno a ser estudado impõe por si limites ao pesquisador.

Considerando o caráter do problema de pesquisa, optou-se pela pesquisa qualitativa nessa etapa do estudo, onde se buscou compreender o significado ou a natureza das experiências das pessoas envolvidas.

### 4.2.1 - *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada em Dados

Utilizou-se nessa abordagem da pesquisa, o referencial metodológico *Grounded Theory* traduzido para o português como Teoria Fundamentada nos Dados. A TFD foi desenvolvida originalmente nos Estados Unidos na década de 1960, por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss com a obra *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*.

As contribuições de seus criadores foram igualmente importantes, embora cada um deles viesse de uma tradição filosófica e de pesquisa diferente. Strauss formou-se na *University of Chicago* com tradição em pesquisa qualitativa. Glaser formou-se na *Columbia University*, influenciado pela tradição das pesquisas quantitativas. Posteriormente uniram suas experiências para desenvolver técnicas para a análise de dados qualitativos. Strauss contribuiu com sua experiência qualitativa onde defendia ser necessário o pesquisador sair a campo para descobrir o que está acontecendo, considerando a complexidade dos fenômenos e das ações humanas, capazes e assumir um papel ativo para responder a situações problemáticas. Glaser contribuiu com o método, alegando ser necessário fazer comparações entre os dados para identificar, desenvolver e relacionar conceitos (STRAUS; CORBIN, 2008).

A Teoria Fundamentada nos Dados é uma metodologia que objetiva gerar uma teoria derivada dos dados sistematicamente reunidos e analisados por meio da pesquisa. A coleta de dados, análise e teoria, mantêm uma relação próxima entre si e a teoria derivada dos dados, tende a proporcionar mais percepção, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar os fenômenos que são descobertos, conceituados e verificados pelo processo de coleta e análise dos dados simultaneamente.

Para Strauss e Corbin (2008), a criatividade do pesquisador é um ingrediente essencial, nessa metodologia, onde a busca pelo que está acontecendo, as análises de situações de forma crítica e reflexiva, partindo de uma série de hipóteses que quando unidas uma às outras, explicam o fenômeno, combinando assim, abordagens indutivas e dedutivas.

Sendo assim, a TFD como método, foi utilizada com a pretensão de compreender a realidade e os significados atribuídos ao cuidado de enfermagem mediante às conexões estabelecidas entres as redes de promoção, proteção e apoio ao AM.

#### **4.2.2 - Local de realização do estudo**

O estudo foi realizado na Rede Básica de Saúde do município de Florianópolis/SC.

O município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, possui uma área total de 436,5 km<sup>2</sup>, situa-se no litoral catarinense e conta com uma parte insular (ilha de Santa Catarina) e outra parte continental incorporada à cidade em 1927, com a construção da ponte pênsil Hercílio Luz que ligou a ilha ao continente. Atualmente conta com mais duas pontes, Governador Colombo Salles e Governador Pedro Ivo (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

A base a economia do município encontra-se nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo. A sua população, de acordo com o censo demográfico de 2010, era de 421.240 habitantes. (IBGE, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2013a).

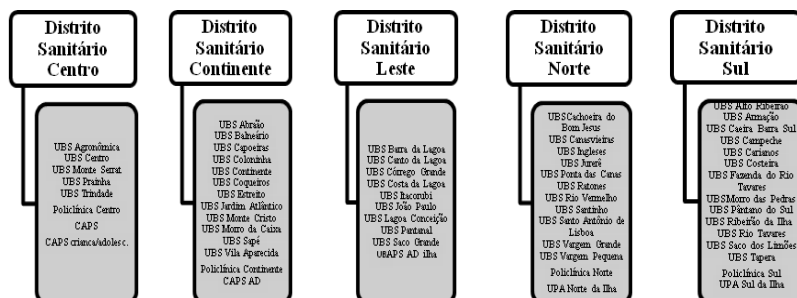
Florianópolis possui em seu território 520 estabelecimentos de saúde, sendo 445 classificados como serviços privados e 75 como serviços públicos de saúde. Destes, 4 são estabelecimentos do serviço público federal, 14 são estabelecimentos do serviço público estadual e 57 são estabelecimentos do serviço público municipal (IBGE, 2013).

As ações em saúde do município têm como eixo central a Estratégia de Saúde da Família, legitimada através da Portaria SS/GAB Nº. 283/2007 (FLORIANÓPOLIS, 2007), que aprovou a Política Municipal de Atenção a Saúde no município, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, baseada nessa estratégia.

As UBS do município são administradas em dois níveis, o nível central e o nível regional. A Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis se configura como o órgão central, responsável pelo gerenciamento e pelo planejamento das ações em saúde, ficando para os distritos sanitários de saúde, a administração da rede em nível regional.

Desde 2010, o sistema municipal de saúde de Florianópolis apresenta-se com a estruturação de cinco distritos sanitários de saúde, denominados como, Distrito Sanitário Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, eles agregam 50 UBS, 4 Policlínicas de Atendimento Regional e 2 UPA 24h, conforme visualização na Figura 4.

**Figura 4:** Distritos Sanitários de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC) com suas Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento.



**Fonte:** Florianópolis (2013). Organizado pela autora desse estudo.

O estudo se constituiu de três grupos amostrais. No primeiro e no segundo grupo amostral, as entrevistas foram realizadas em cinco UBS que foram sensibilizadas com a oficina da “Rede Amamenta Brasil”, cada uma pertencente aos cinco Distritos Sanitários de Saúde. No terceiro grupo amostral, as entrevistas foram realizadas na Rede Básica de Saúde do município onde estavam atuando naquele momento os sujeitos componentes desse grupo. Ressalta-se que uma entrevista foi realizada em outro órgão pertencente à Secretaria Municipal de Saúde, onde estava atuando esse profissional e outras duas entrevistas foram realizadas na Universidade Federal de Santa Catarina por conveniência dos participantes.

A área de abrangência que compreende as diversas UBS participantes da pesquisa possui uma diversidade de população com diferentes níveis socioeconômicos, revelando ambientes com pessoas de

maior e menor poder aquisitivo, diferentes condições de moradia, alimentação e escolaridade.

#### **4.2.3 – Participantes**

Os participantes deste estudo foram representados pelas mães que levam seus filhos em consultas nas UBS e pelos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que faziam parte do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde alcançando um total de 31 pessoas que compuseram três grupos amostrais. Esse número de participantes foi definido a partir do momento onde os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa.

A partir do primeiro grupo amostral foram formados novos grupos amostrais de acordo com a análise dos dados, as hipóteses geradas e a construção das categorias e visando alcançar o objetivo proposto. Dessa forma, de acordo com a TFD, os participantes do segundo grupo amostral foram selecionados com base nos dados coletados no primeiro grupo.

As composições dos três grupos amostrais foram as seguintes:

O **primeiro grupo amostral** foi composto por quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros coordenadores de cinco UBS sendo um de cada Distrito Sanitário de Saúde do município. Para compor esse grupo foi observado como critério de inclusão, a UBS ter sido sensibilizado com a oficina da “Rede Amamenta Brasil”, não importando se o profissional estava fazendo parte da equipe no momento da sensibilização. Também foi verificado o interesse do profissional em participar da pesquisa. Os participantes foram identificados com uma sequência de letras e números onde se inicia com a primeira letra que define a sua profissão (E – Enfermeiro, TE – Técnico de Enfermagem e C – Coordenador da Unidade Básica de Saúde), em seguida do número que representa o grupo amostral e posteriormente o número da ordem que ocorreram as entrevistas. Ex: E.1.3.

O quadro 2 representa a composição do primeiro grupo amostral.

**Quadro 2** - Primeiro grupo amostral.

<b>Entrevista</b>	<b>Participante</b>	<b>Identificação</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de profissão</b>
1	Técnico Enf.	TE.1.1	23 anos	M	3 anos
2	Enf. Coord.	E.1.2	29 anos	F	5 anos
3	Enf. Coord.	C.1.3	28 anos	F	5 anos
4	Enfermeiro	E.1.4	34 anos	F	11 anos
5	Técnico Enf.	TE.1.5	43 anos	F	4 anos
6	Enfermeiro	E.1.6	40 anos	F	10 anos
7	Enf. Coord.	C.1.7	37 anos	F	13 anos
8	Enfermeiro	E.1.8	24 anos	F	3 anos
9	Enf. Coord.	C.1.9	53 anos	F	4 anos
10	Técnico Enf.	TE.1.10	34 anos	F	4 anos
11	Técnico Enf.	TE.1.11	33 anos	F	10anos
12	Enf. Coord.	C.1.12	33 anos	F	10 anos
13	Enfermeiro	E.1.13	34 anos	F	4 anos
14	Técnico Enf.	TE.1.14	53 anos	F	24 anos

**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

O **segundo grupo amostral** foi composto por 10 mães usuárias das UBS. Utilizou-se para compor esse grupo como critério de inclusão, as mães de crianças com menos de 2 anos de idade, que estavam presentes nas UBS no momento da consulta do seu filho e que demonstraram interesse em participar do estudo. As UBS escolhidas já haviam sido sensibilizadas com a oficina da “Rede Amamenta Brasil”.

As participantes também foram identificadas com uma sequência de letras e números onde a primeira letra utilizada foi a letra “M” representando o grupo “mãe”, em seguida o número que representa o grupo amostral e posteriormente o número da ordem que ocorreram as entrevistas. Ex: M.2.1.

O quadro 3 representa a composição do segundo grupo amostral.



**Quadro 3 - Segundo grupo amostral.**

Entrevista	Participante	Identificação	Idade	Escolaridade	Profissão
1	Mãe	M.2.1	24 anos	2º Grau	Atendente de padaria
2	Mãe	M.2.2	19 anos	2º Grau	Recepcionist
3	Mãe	M.2.3	18 anos	1º Grau inc..	Doméstica
4	Mãe	M.2.4	34 anos	2º Grau	Costureira
5	Mãe	M.2.5	17 anos	2º Grau inc..	Estudante
6	Mãe	M.2.6	31 anos	1º Grau inc.	Lavadeira
7	Mãe	M.2.7	21 anos	2º Grau inc.	Auxiliar Trânsito
8	Mãe	M.2.8	38 anos	1º Grau inc.	Aux.Serviços Gerais
9	Mãe	M.2.9	18 anos	2º Grau inc.	Estudante
10	Mãe	M.2.10	34 anos	1º Grau inc.	Auxiliar de Padeiro

**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

O **terceiro grupo amostral** foi composto por sete enfermeiros que participaram da oficina de capacitação de tutores da Rede Amamenta Brasil.

Segundo a Coordenação da Rede Amamenta Brasil em Florianópolis, a sua implantação no município teve início em 2009, sensibilizou 39 das 50 UBS e um total de 40 tutores. Em relação ao número de tutores sensibilizados, esse número atualmente sofreu uma redução para 36 tutores, devido à desvinculação desses profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do município. Ficando assim distribuídos: 24 enfermeiros, 7 pediatras, 4 dentistas e um nutricionista.

Todos os participantes desse grupo amostral eram enfermeiros vinculados a Secretaria Municipal de Saúde e poderiam ou não, estar atuando nas UBS. Da mesma maneira que os grupos amostrais anteriores, os participantes desse grupo amostral foram identificados com uma sequência de letras e números onde a primeira letra utilizada foi a letra “T” representando o grupo “tutores”, seguido do número que representa o grupo amostral e posteriormente o número da ordem que ocorreram as entrevistas. Ex: T.3.1.

O quadro 4 representa a composição do terceiro grupo amostral.

**Quadro 4** - Terceiro grupo amostral.

Entrevista	Participante	Identificação	Idade	Sexo	Tempo Profissão
1	Enfermeiro	T.3.1	52 anos	F	25 anos
2	Enfermeiro	T.3.2	29 anos	F	5 anos
3	Enf. Coord.	T.3.3	36 anos	F	12 anos
4	Enf. Coord.	T.3.4	32 anos	F	10 anos
5	Enfermeiro	T.3.5	34 anos	F	15 anos
6	Enf. Coord.	T.3.6	36 anos	F	15 anos
7	Enfermeiro	T.3.7	26 anos	F	4 anos

**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

Todos os participantes dos três grupos amostrais demonstraram interesse em participar da pesquisa, após terem sido convidados formalmente. Receberam também esclarecimentos sobre os aspectos da pesquisa e sua adesão se deu por livre e espontânea vontade, onde foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, descrito a seguir nos aspectos éticos da pesquisa.

#### **4.2.4 - Coleta dos dados**

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC) iniciou-se a coleta dos dados.

A coleta aconteceu em dois períodos distintos, em abril de 2012 até o início de agosto de 2012 quando foram entrevistados o primeiro e o segundo grupo amostral e em abril de 2013, onde foi entrevistado o terceiro grupo amostral. Justifica-se a interrupção da coleta dos dados nos meses de agosto de 2012 a março de 2013 devido ao período do Doutorado Sanduíche no Exterior da pesquisadora.

Os participantes nos grupos amostrais são definidos a partir do conhecimento prévio do problema de pesquisa e do fenômeno a ser estudado. O primeiro grupo amostral deve ser composto por indivíduos pertencentes a grupos envolvidos no fenômeno estudado e após os dados coletados e as análises concomitantes e sucessivas é que será orientado

tanto o número de participantes em cada grupo amostral como a inclusão de novos grupos de sujeitos necessários para a construção da teoria (MELLO; KLOCK; ERDMANN, 2008).

O primeiro grupo amostral desse estudo, como dito anteriormente, foi composto por profissionais envolvidos diretamente no fenômeno estudado e toda a coleta dos dados aconteceu no espaço das UBS. Inicialmente foi marcado através de telefonema, uma data e horário com cada uma das coordenadoras das cinco UBS onde aconteceram as entrevistas. Nestes primeiros encontros, realizou-se uma apresentação formal da pesquisa apresentando as autorizações e expondo os objetivos e métodos adotados. Em seguida foram agendados com os profissionais participantes, que decidiram a hora e o dia mais adequado para a realização da entrevista. As entrevistas ocorreram individualmente e em salas reservadas no horário de trabalho dos participantes.

Para a realização da coleta de dados do segundo grupo amostral, aconteceu também, uma conversa prévia com os coordenadores das UBS explicando os procedimentos da pesquisa. Algumas entrevistas foram realizadas nas mesmas UBS do primeiro grupo amostral e outras em outras UBS, devido ao fluxo de consultas das crianças com menos de dois anos de idade. Todas as mães participantes foram entrevistadas em um local mais calmo da sala de espera, logo após a consulta dos seus filhos com o pediatra ou enfermeiro.

Para a coleta dos dados do terceiro grupo amostral, inicialmente foi solicitado na Secretaria Municipal de Saúde, uma lista contendo nomes e contatos telefônicos, de todos os profissionais tutores da “Rede Amamenta Brasil”. Em seguida foi feito o contato inicial com cada um desses profissionais, explicando os procedimentos da pesquisa e agendado um local, dia e horário sugerido pelo próprio participante. As entrevistas foram realizadas nos locais e no horário de trabalho dos participantes e ocorreram individualmente em salas reservadas. Somente duas entrevistas foram realizadas na Universidade Federal de Santa Catarina fora do horário e local de trabalho, por conveniência dos próprios participantes.

A coleta dos dados com todos os participantes dos três grupos amostrais, foi feita por meio de entrevista aberta, onde os participantes tiveram a liberdade de refletir como vivenciam o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Com essa estratégia de coleta, buscou-se conceitos relevantes, para que fossem aprofundados posteriormente. As demais perguntas

emergiram a medida que foram acontecendo as análises dos dados e surgindo os conceitos.

Dessa maneira, com o decorrer da análise e o surgimento de conceitos que necessitavam ser mais explorados e compreendidos, escolheu-se os locais e os participantes capazes de ampliar e potencializar a explicação das relações e categorias incompletas.

As questões norteadoras para as entrevistas com os participantes do primeiro grupo amostral, inicialmente visaram significar o AM e o cuidar em aleitamento materno, bem como compreender como acontece esse cuidado ao cargo do entrevistado e no seu cotidiano. Nas perguntas seguintes, buscou-se identificar as políticas públicas em AM presentes no município e nas UBS e o qual o significado do cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Essas perguntas desdobraram-se, ao longo das entrevistas, em outras questões relacionadas às dificuldades e a potencialidades das mães e dos profissionais no manejo do aleitamento materno e as conexões da rede hospitalar pública e privada com as UBS.

Múltiplos conceitos surgiram ao longo dessas entrevistas mediante as análises, sendo necessário se formar novos grupos amostrais para que houvesse mais esclarecimentos ou aprofundamentos de alguns conceitos que emergiram.

Um segundo grupo amostral foi criado, pois, algumas categorias estavam emergindo e tornava-se necessário deixá-las mais densas e/ou confirmá-las. As questões norteadoras para esse grupo buscavam também como no primeiro grupo amostral, significar o aleitamento materno e o cuidar em AM, identificar as políticas públicas presentes no município e nas UBS, bem como significar o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. As perguntas seguintes foram acrescentadas, procurando confirmar alguns conceitos emergentes só que agora buscando a visão da mãe que amamentou ou não o seu filho. Dessa forma perguntou-se sobre as dificuldades encontradas na amamentação, como aconteceu o cuidado em AM no cotidiano das entrevistadas e de quem elas receberam esse cuidado.

As hipóteses levantadas foram sendo confirmadas e consolidadas ao longo da formação desse grupo. No entanto questionar sobre as dificuldades encontradas no ato de amamentar e quais as pessoas e entidades presentes nesse cuidado, fez surgir vários conceitos que colocaram em evidência as potencialidades/fragilidades da rede de cuidado em aleitamento materno no atendimento à mulher no seu período gravídico puerperal.

Sentiu-se a necessidade da composição de um terceiro grupo amostral onde se buscou verificar a consistência das políticas públicas bem como os pontos de conexão que compõe a rede de promoção, proteção e apoio não só a mulher que amamenta, mas, as conexões estabelecidas entre todas as partes envolvidas nesse cuidado tão complexo.

Um terceiro grupo amostral então foi criado. Os questionamentos que inicialmente conduziram as entrevistas deste grupo, foram os mesmos que conduziram as entrevistas do primeiro grupo amostral, acrescentando então a questão: *“Como estão organizadas as redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em nosso município? Como você percebe a conexão dessas redes”*. Como nos demais grupos amostrais, as perguntas que se seguiram foram na tentativa de aprofundar as questões levantadas na intenção de buscar mais conceitos ou de refinar as categorias identificadas.

Como o objetivo do método não é coletar o máximo de dados possível, mas sim coletar dados referentes às categorias, determinando assim a profundidade da amostragem, em um determinado momento, faz-se necessário definir um critério que julgue quando a amostragem se mostra suficiente para aquele ponto teórico, esse critério recebe a denominação de saturação teórica (MELLO, 2005).

A saturação teórica acontece quando as análises adicionais não contribuem mais para descobrir algo novo sobre determinada categoria e quando as categorias encontram-se bem sustentadas e relacionadas umas as outras. Assim sendo, a definição da amostragem se encerrou no presente estudo, onde se evidenciou o fenômeno com suas categorias e subcategorias relacionadas.

As falas dos participantes foram gravadas em mp3, em seguida repassadas para o arquivo *Windows Media Player* e posteriormente transcritas pela autora no *Microsoft Word*. Essa transcrição foi formatada dentro de quadros com duas colunas, onde a entrevista ocupava a coluna da esquerda, ficando a coluna da direita reservada para os códigos. Segue um exemplo no quadro 5:

**Quadro 5** – Exemplo do processo de transcrição do conteúdo das entrevistas

ENTREVISTA	Códigos
<p><b>T.3.1</b></p> <p>Cuidar em aleitamento materno é estar presente. Esse é o principal papel do cuidador, da equipe de enfermagem, de quem quer que se disponha a ajudar a mulher nesse processo. Porque não é porque a mulher produz leite que ele vai conseguir amamentar, a gente sabe que inúmeros fatores interferem nesse processo. Então a pessoa que quer ajudar, ela tem que estar presente. Estar presente e apoiar. O aleitamento materno só tem sucesso quando a pessoa tem apoio e apoio não é você dizer o que ela tem que fazer, é você observar e permitir que mãe bebê se conheçam e você interferir no momento em que há necessidade e que tenha espaço, ou seja, quando a pega está inadequada, quando a mãe está muito nervosa, então você tem momentos em que você consegue ajudar, mas o básico é estar presente. Estar presente, ter paciência, dar apoio, orientar, não é você chegar e disser, “tem que fazer assim, tem que fazer assado”, mas você estar presente e vendo, sugerindo, aí sim você consegue esse sucesso do aleitamento. [...].</p>	

**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

Todo conteúdo transcrito das entrevistas, foram enviadas para os participantes para que fossem validadas, onde eles reconheceram os dados como sendo seus e verificaram o seu conteúdo, podendo este ser complementando ou ser excluindo algum ponto caso houvesse necessidade.

Destaca-se, que todas as fases desse processo foram realizadas criteriosamente e conduzidas pela pesquisadora principal. Todos os dados foram arquivados e estão sob a responsabilidade da pesquisadora.

#### **4.2.5 – Análise dos dados**

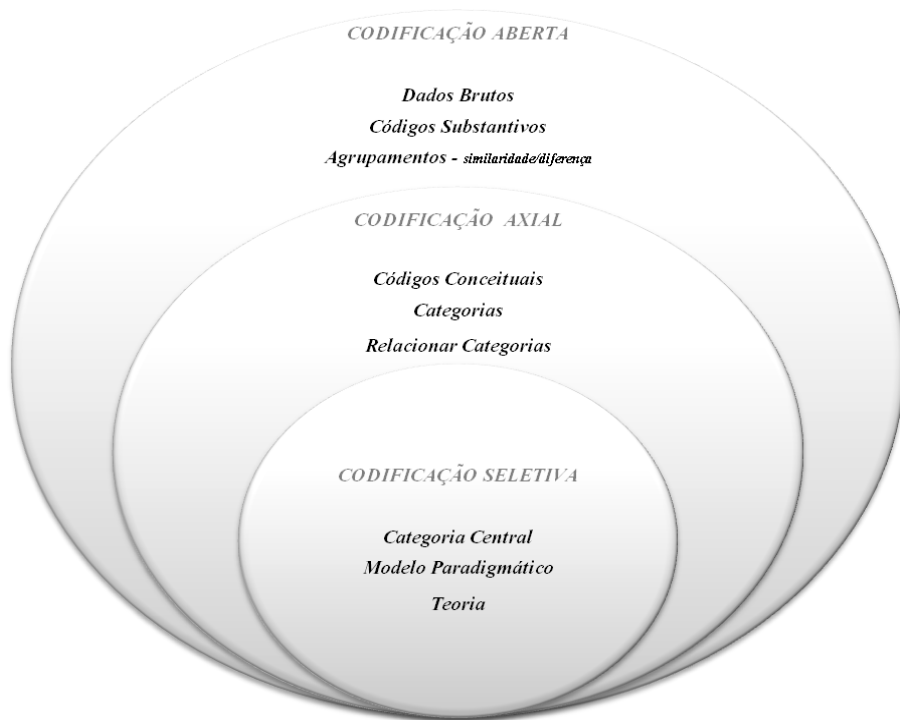
Os dados foram analisados a partir do método da análise comparativa, onde a explicação teórica do fenômeno é obtida a partir de procedimentos que se constituem em instruções para o pesquisador orientar-se no desenvolvimento da investigação e não em regras fixas e fechadas. Esses procedimentos permitem a geração da teoria por meio da codificação explícita e sistemática dos dados, delineando suas categorias e suas conexões.

A codificação é o termo geral para conceituar os dados e é por meio de códigos que se dá a relação entre os dados e a teoria. Na TFD, a análise dos dados se processa através de três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva (STRAUS; CORBIN, 2008).

Na codificação aberta os dados são processados minuciosamente, acontecimento por acontecimento até formar os códigos substantivos ou conceitos. Na codificação axial, os códigos substantivos se desenvolvem até formar conceitos mais refinados os códigos conceituais. Na codificação seletiva, os códigos conceituais são integrados e relacionados com o propósito de esclarecer e delimitar a categoria central (Corbin; Hildenbrand, 2003).

O diagrama abaixo ilustra esse processo.

**Figura 5:** Diagrama - Processo de Análise dos Dados na TFD.



**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

Com a codificação aberta iniciou-se as análises dos dados, fragmentando o texto linha a linha, a fim de encontrar os conceitos revelados pelo texto das entrevistas. Essa codificação exibe todo o conteúdo dos dados para análise livre e irrestrita. Para Straus e Corbin (2008), o pesquisador nessa fase deve ter sensibilidade e adentrar nas codificações com mínimo de pré-conceitos, mantendo-se aberto a todo e qualquer sinal que os dados possam indicar. Sem esse primeiro passo, as demais partes do processo podem não acontecer.

Nessa etapa através de leituras sucessivas, reflexões, comparações e conceitualizações de cada fragmento da entrevista, identificou-se os códigos substantivos também chamados de códigos preliminares, o qual, conceituam os dados empíricos.

Códigos são conceitos expressos por palavras/expressões que, em conjunto, desvelam o caráter abstrato constituindo as categorias (DANTAS et al., 2009).



Os códigos substantivos identificados foram escritos na segunda coluna do quadro, ao lado das transcrições das entrevistas ao qual fazia referência, como exemplifica o quadro 6.

**Quadro 6** – Processo de codificação aberta.

ENTREVISTA	Códigos substantivos
<p><b>T.3.1</b>  Cuidar em aleitamento materno é estar presente. Esse é o principal papel do cuidador, da equipe de enfermagem, de quem quer que se disponha a ajudar a mulher nesse processo. Porque não é porque a mulher produz leite que ele vai conseguir amamentar, a gente sabe que inúmeros fatores interferem nesse processo. Então a pessoa que quer ajudar, ela tem que estar presente. Estar presente e apoiar. O aleitamento materno só tem sucesso quando a pessoa tem apoio e apoio não é você dizer o que ela tem que fazer, é você observar e permitir que mãe bebê se conheçam e você interferir no momento em que há necessidade e que tenha espaço, ou seja, quando a pega está inadequada, quando a mãe está muito nervosa, então você tem momentos em que você consegue ajudar, mas o básico é estar presente. Estar presente, ter paciência, dar apoio, orientar, não é você chegar e disser, “tem que fazer assim, tem que fazer assado”, mas você estar presente e vendo, sugerindo, aí sim você consegue esse sucesso do aleitamento. [...].</p>	<p><b>3.1.6-</b> Significando o cuidar em AM como o estar presente.  <b>3.1.7-</b> Referindo que o estar presente é o principal papel do cuidador, da equipe de enfermagem, de quem quer que se disponha a ajudar a mulher nesse processo  <b>3.1.8-</b> Reconhecendo que não é porque a mulher produz leite que ela vai conseguir amamentar.  <b>3.1.9-</b> Existindo inúmeros fatores interferem no processo da amamentação.  <b>3.1.10-</b> Estando presente quem se propõe a ajudar.  <b>3.1.11-</b> Estando presente e apoiando.  <b>3.1.12-</b> Conseguindo sucesso no AM quando a pessoa tem apoio.  <b>3.1.13-</b> Referindo que apoio não é você dizer o que ela tem que fazer, é observar e permitir que mãe bebê se conheça.  <b>3.1.14-</b> Interferindo no momento em que há necessidade e que tenha espaço. (quando a pega está inadequada, quando a mãe está muito nervosa).  <b>3.1.15-</b> Encontrando momentos que você consegue ajudar.  <b>3.1.16-</b> Estando presente, tendo paciência, dando apoio, e sugerindo, você consegue esse sucesso no aleitamento.</p>

**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

Para esclarecimento, nesse estudo, os códigos foram identificados por ordem numérica crescente, para que a qualquer momento da análise, este pudesse ser localizado na entrevista transcrita. Dessa forma, colocou-se “3.1.6”, onde o número “3” significa o grupo amostral, o número “1”, a ordem da entrevista localizada nesse grupo amostral e o número “6”, o sexto código substantivo dessa entrevista.

Com a próxima etapa da análise, a codificação axial, surgiram, os códigos conceituais chamados também de códigos teóricos. Estes se diferenciam dos códigos substantivos, por se situarem em um nível conceitual mais abstrato, não se referindo a padrões, mas a modelos de integração. Os códigos teóricos conceituam o modo como os códigos substantivos relacionam-se uns com os outros como hipóteses a serem integradas na teoria. (GLASER, 1978)

Nessa etapa intencionou-se, através do agrupamento por relações, semelhanças e diferenças, buscar tudo que fosse necessário para explicar o fenômeno e construir a teoria. Inúmeros questionamentos foram formulados durante este processo, com o intuito de refinar as categorias.

Primeiramente os códigos substantivos avaliados por similaridades e diferenças, deram origem aos componentes, desenvolvendo um segundo agrupamento com o objetivo de se delinear a configuração inicial das categorias. O quadro 7 exemplifica o agrupamento dos códigos substantivos atribuindo-lhes componentes.

**Quadro 7** – Processo de codificação axial. Agrupamento dos códigos substantivos e componentes.

CÓDIGOS SUBSTANTIVOS	Componentes
<p><b>1.5.3-</b> Significando o cuidar em AM como uma melhor qualidade para a criança.</p> <p><b>1.6.6-</b> Significando o cuidado como um ato de doação, um benefício nato que a mãe pode dar para o filho, vem com a natureza.</p> <p><b>1.6.8-</b> Alegando que o primeiro cuidado da mãe com o filho é a amamentação.</p> <p><b>2.3.2-</b> Significando o cuidar em AM como bom, para não fazer mal para a criança.</p> <p><b>2.4.7-</b> Significando o cuidar em AM como o mais completo que você conseguir com higiene porque é a vida que se está passando para o bebê está alimentando a criança.</p>	<p>Significando o cuidado em AM como o cuidar do bebê.</p>

**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

A seguir, os códigos, agora chamados de conceituais, sofreram novo processo de comparação, dando origem às subcategorias e categorias O quadro 8 exemplifica esse agrupamento.

**Quadro 8** – Processo de codificação axial. Agrupamento dos componentes, subcategoria e categorias.

COMPONENTES	Subcategorias	categorias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significando o cuidado em AM como o cuidar do bebê.</li> <li>- Significando o cuidado em AM como o cuidar da mulher.</li> <li>- Significando o cuidado em AM como o cuidar do binômio mãe/bebê.</li> <li>- Considerando o cuidando em AM como promoção à saúde antes, durante e após a gestação.</li> <li>- Considerando o cuidando em AM como o suporte ao manejo.</li> <li>- Pensando na amplitude /abrangência do cuidar em AM (emocional, social, cultural).</li> <li>- Entendendo o cuidar em AM como acolhimento,disponibilidade e apoio à mulher que amamenta.</li> <li>- Enumerando as dificuldades no processo de amamentar/cuidar em AM</li> </ul>	<p><b>1-</b> Promovendo a saúde do binômio mãe/bebê antes, durante e após a gestação</p> <p><b>2-</b> Pensando na magnitude do cuidado de enfermagem em AM</p>	<p>Significando o cuidado de enfermagem em Aleitamento Materno como uma combinação multidimensional</p>

**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

Como estratégia empregada para auxiliar a construção das categorias, utilizou-se perguntas como: quando ocorre, onde ocorre, por que ocorre, quem provoca, quais consequências. A partir dessas perguntas foram identificadas as propriedades e dimensões das categorias o que auxiliou a explicação do Modelo Paradigmático.

A próxima etapa é denominada codificação seletiva e tem por objetivo refinar e integrar categorias, desvelando a categoria central. A categoria central representa o tema central da investigação e tem o poder de integrar a teoria. Todas as categorias, portanto, são abstraídas, analisadas, refletidas, sistematizadas, interconectadas, onde o

pesquisador encontrará o fenômeno central, que será a categoria central consistindo na teoria fundamentada nos dados. O que faz com que uma categoria seja considerada central é a capacidade de reunir as categorias para formar um todo explicativo (MELLO, 2005; DANTAS et al., 2009).

Nesta etapa do estudo, as categorias foram reorganizadas por meio das conexões entre categorias e subcategorias, de forma a reduzi-las e uni-las em um significado comum, ou fenômeno. Esse novo agrupamento agora, mais aprofundado com o objetivo de delimitar o fenômeno, estava composto por categorias provenientes das diferentes entrevistas.

As categorias depois de construídas foram comparadas, relacionadas e interconectadas conforme o modelo paradigmático, o qual trata de uma estrutura analítica que ajuda a reunir e a ordenar os dados sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados. Os seus autores, Strauss e Corbin (2008, p.128), sugerem construir o modelo paradigmático, com a finalidade de organizar e explicar as conexões emergentes.

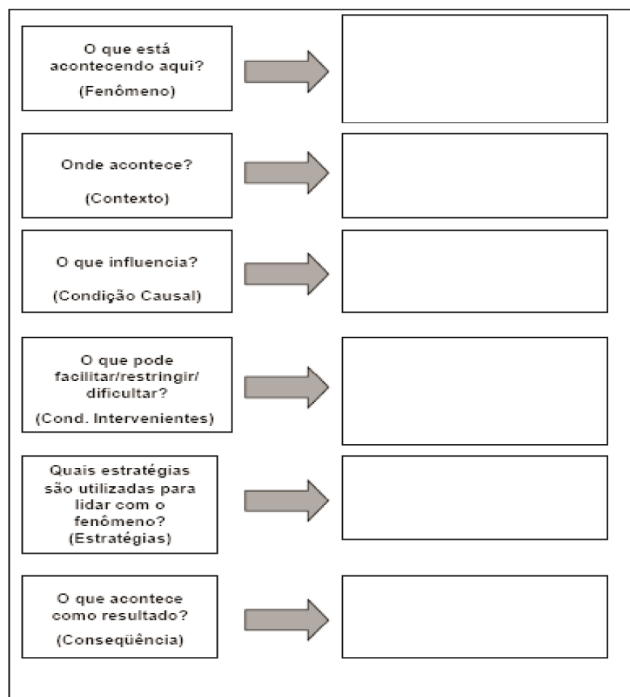
Esse modelo estabelece uma relação entre as categorias envolvendo o fenômeno, as condições causais, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias de ação/interação e as consequências, que de acordo com Dantas (2009 p.4):

O *fenômeno* é a idéia/evento/acometimento central aos quais as ações e interações estão relacionadas; as *condições causais* são os elementos/situações que possibilitam o surgimento do fenômeno; o *contexto* é a especificidade que envolve o fenômeno e o que condiciona a ação/interação; as *condições intervenientes* são constituídas pelo tempo, espaço, cultura, situação econômica e tecnológica, história, biografia pessoal, dentre outros; as *estratégias de ação/interação* são identificadas com o caráter processual (sequências, movimento, mudanças, dentre outros), com um propósito, uma finalidade, sendo importantes também as não ações; e as *consequências* devem ser consideradas como o resultado/resposta, positiva ou negativa

Para auxiliar na construção desse modelo, utilizou-se perguntas como: “o que está acontecendo? por quê? onde acontece? quem?

*como? quais estratégias? o que acontece como resultado dessas ações?*, onde cada uma dessas perguntas tem a finalidade de encontrar o fenômeno, as condições causais, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias de ação/interação as consequências que compõe o modelo paradigmático. A figura 6 organizativa elaborada por Sousa (2008), com o nome de “Estruturando o modelo Paradigmático” exemplifica a delimitação do fenômeno e do modelo paradigmático definidos na Teoria Fundamentada nos Dados.

**Figura 6** – Modelo paradigmático.



**Fonte:** Sousa (2008).

O Modelo Paradigmático construído nesse estudo será apresentado no capítulo de resultados.

Os memorandos e diagramas são procedimentos essenciais para a construção da teoria. Os memorandos são registros informais de análise escritos pelo investigador, cuja função é atuar como lembrete ou fonte de informação. De acordo com Strauss e Corbin (2008), eles

podem em formato e o tipo de codificação. Eles devem ser datados, possuir fácil localização, apresentar idéias e frases produtivas. São analíticos e conceituais, em vez de descritivos.

Na opinião de Sousa (2008), os memorandos têm dois objetivos: manter a pesquisa embasada em conceitos, e dar essa consciência ao investigador. Por isso não devem ser considerados supérfluos.

No presente estudo, eles foram redigidos a partir da codificação da primeira entrevista e persistiu durante a coleta dos dados. Através deles, todas as idéias, hipóteses e questionamentos que surgiram foram registrados, possibilitando dessa realizar ajustes durante o processo de coleta dos dados. Ainda, quando redigi-se os memorandos, surgem idéias novas e *insights*. A seguir, exemplos de memorandos utilizados nesta investigação.

**Memorando: 05/07/12**

**Situação: Refletindo ser o enfermeiro a referência no cuidado em AM no cotidiano da UBS**

O enfermeiro exerce um papel de referência nas UBS, ficando somente ao seu cargo na equipe de enfermagem o cuidar em AM. Isso aparece refletido nas falas desses profissionais, nas falas de outros profissionais e também das usuárias. Parece-me que fica explícita a preferência pelo enfermeiro no papel do cuidado em AM. Mas onde está o trabalho em equipe? As ações estão isoladas? Como estão as relações da equipe? Reconheço a importância de se ter uma referência no serviço de saúde. Fala-se muito na questão do vínculo profissional/usuária. Tem-se que pensar no trabalho em rede começando na própria unidade, para então conseguir sua expansão para toda rede de promoção, proteção e apoio ao AM.

**Memorando: 06/04/12**

**Situação: Falando sobre o sistema de referência e contra-referência**

Verificou-se nas falas dos profissionais a inexistência de um sistema formal de referência e contra-referência. Existe uma falta de comunicação entre as UBS e a alta complexidade. Essa falha na comunicação pode levar ao desmame precoce. Essa situação, na fala de alguns profissionais, gera insatisfação e críticas. Há um desejo por parte dos profissionais que essa integração se solidifique e que esse ponto de ligação se torne um nó fortalecido na rede de promoção, proteção e apoio ao AM no município.

Os diagramas são estruturas visuais que indicam relação entre os conceitos e mostram a integração categorias, subcategorias, ou diversas categorias que com o decorrer das análises, se tornam mais complexos (Strauss; Corbin, 2008).

O diagrama elaborado nessa pesquisa será mostrado no capítulo de resultados.

#### **4.2.6 – Validação do Modelo Desenvolvido**

Um critério imprescindível para consolidar a pesquisa e imprimir rigor científico é a validação do modelo desenvolvido (STRAUS; CORBIN, 2008).

A validação teórico-metodológica ocorreu mediante a submissão do modelo construído de forma individual para pesquisadores que trabalham com o método em suas pesquisas. Foram-lhes apresentadas as subcategorias, as categorias formuladas, assim como o tema central, acompanhado de um resumo do estudo a fim de que compreendessem como chegou-se ao modelo paradigmático. A partir destas validações as sugestões foram analisadas e consideradas e assim, foram realizadas as alterações no modelo criado de forma a dar-lhe maior clareza.

#### **4.2.7 – Aspectos Éticos da Pesquisa**

Para a realização desta abordagem da pesquisa, foram respeitados os princípios éticos determinados na Resolução nº 196/96 do CNS que dispõem sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Após a concordância da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Florianópolis (ANEXO D), o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), obtendo parecer favorável para sua execução no dia 31 de outubro de 2011, através do Parecer nº 2108/12 (ANEXO E).

Todos os participantes foram convidados formalmente para tomar parte da pesquisa e após o esclarecimento das informações pertinentes à mesma, autorizaram sua adesão por livre e espontânea vontade.

Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), foi assegurado o direito de retirarem o seu



consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias, ficando uma em poder da pesquisadora e outra em poder do participante da pesquisa.

A todos os participantes, foi assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa. Os grupos amostrais que se formaram receberam códigos com letras e números para, dessa forma, manter o anonimato de suas identidades.



## 5 – RESULTADOS

Neste capítulo os resultados do estudo foram apresentados no formato de três artigos científicos: Prevalência e fatores associados à manutenção do aleitamento materno numa capital do Sul do Brasil; Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos; Políticas públicas e fatores associados à manutenção do aleitamento materno em uma capital do Sul do Brasil. Esses artigos foram formatados de acordo com as normas para publicação de cada periódico escolhido para a submissão.

Antes da apresentação dos artigos, será exibida a descrição dos resultados da abordagem quantitativa do estudo, onde os dados foram tratados estatisticamente por meio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 19.0 e os resultados da abordagem qualitativa do estudo, descritos de acordo com o modelo paradigmático proposto na TFD.

### 5.1 - APRESENTANDO OS RESULTADOS QUANTITATIVOS

A amostra do estudo constituiu-se de 1073 crianças menores de um ano de idade, desse total, 988 estavam acompanhadas pelas mães.

Foram estudadas 562 crianças do sexo masculino (52,4%) e 511 crianças do feminino (47,6%). Verificou-se que 53,0% das crianças usavam mamadeira e 48,9% usavam chupeta. Houve predominância do parto vaginal e a maioria das crianças (75,5%) mamaram na primeira hora após o nascimento. Essas características estão descritas no quadro 9.

**Quadro 9** – Características relativas às crianças. Florianópolis/SC, 2008.

<b>Características</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	1073	100,0
Masculino	562	52,4
Feminino	511	47,6
<b>Uso de Mamadeira</b>	1067	100,0
Sim	565	53,0
Não	502	47,0
<b>Uso de Chupeta</b>	1068	100,0
Sim	522	48,9
Não	546	51,1
<b>Tipo de Nascimento</b>	1067	100,0
Vaginal	554	51,9
Cesárea	513	48,1
<b>Mamou na 1ª hora</b>	1047	100,0
Sim	791	75,5
Não	256	24,5
<b>Peso ao nascer</b>	1021	100,0
< 2500g	78	7,6
> 2500g	943	92,4

**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal tabulações realizadas pelas autoras.

IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança

\* Variações no número total de cada variável são devidas a respostas incompletas.

Quando se observou as características maternas (Quadro 10), verificou-se que a média de idade das mães foi de 26 anos onde 54,4% eram primíparas. No que diz respeito ao trabalho das mães entrevistadas, 54,4% referiu não trabalhar fora de casa e 47,6%, tinha ensino médio.

**Quadro 10** – Características relativas às mães. Florianópolis/SC, 2008.

<b>Características</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	988	100,0
< 20 anos	150	15,2
20 a 35 anos	709	71,8
> 35 anos	129	13,0
<b>Primiparidade</b>	983	100,0
Sim	535	54,4
Não	448	45,6
<b>Trabalho</b>	970	100,0
Trabalha fora	263	27,1
Não trabalha	528	54,4
Licença maternidade	179	18,5
<b>Escolaridade</b>	986	100,0
Sem escolaridade	2	0,1
Ensino Fundamental	318	32,3
Ensino Médio	469	47,6
Ensino Superior	197	20,0

**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Tabulações realizadas pelas autoras.

IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança

\* Variações no número total de cada variável são devidas a respostas incompletas.

No que tange à assistência à saúde das crianças, foi verificado que 76,5% frequentavam consultas de rotina em Serviços Públicos de Saúde e 23,5% utilizavam os serviços privados. O maior número de nascimentos, 74,2% foi em maternidades com a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, como mostra o quadro 11.

**Quadro 11** – Características relativas aos serviços de saúde. Florianópolis/SC, 2008.

Características	N*	%
<b>Local de consultas de rotina do filho</b>	1017	100,0
Público	778	76,5
Privado	239	23,5
<b>Local de Nascimento do filho</b>	889	100,0
IHAC	659	74,1
Não IHAC	230	25,9

**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Tabulações realizadas pelas autoras.

IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança

\* Variações no número total de cada variável são devidas a respostas incompletas.

Considerando o AM segundo definição da OMS (2008) que é quando a criança recebe leite materno, independentemente de ter recebido ou não outros alimentos, de qualquer natureza, verificou-se a sua prevalência foi de 74,5% (799) do total das crianças do estudo. Essa característica encontra-se representada no quadro 12.

**Quadro 12** – Prevalência do Aleitamento Materno em crianças menores de um ano de idade em 2008 no município de Florianópolis, SC. Florianópolis/SC, 2008.

Recebeu leite de materno	N	%
Sim	799	74,5
Não	274	25,5
<b>Total</b>	1073	100,0

**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal tabulações realizadas pelas autoras.

Das 799 crianças que mantiveram a amamentação a média de idade foi de 146,9 dias, enquanto que a média de idade das crianças que não mantiveram a amamentação foi de 226,07 dias.

A associação das variáveis relativas às crianças, as mães e aos serviços de saúde associadas à manutenção do AM, estão sumarizadas na Tabela 1.

Na análise estatística dos fatores associados à manutenção do AM, percebeu-se que houve associação altamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre o não uso de mamadeira e chupeta, amamentação na primeira hora após o nascimento, crianças nascidas com peso superior a 2,5kg e mães que estão sob licença maternidade seguidas das mães que não trabalham (do lar).

A variável, serviço de saúde, apresentou associação significativa ( $p < 0,05$ ) com a manutenção da amamentação. As mães que levaram seus filhos para serem acompanhados nos serviços públicos de saúde amamentaram por mais tempo, logo seguido das mães que não estavam amamentando, mas que também levavam seus filhos para acompanhamento nos serviços públicos de saúde. Também houve associação significativa ( $p < 0,05$ ) na manutenção da amamentação em relação à variável hospital de nascimento. As mães que tiveram seus filhos em maternidades com o título “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” também amamentaram por mais tempo.

As demais variáveis, sexo, parto, idade materna e primiparidade, não apresentaram associação à manutenção do AM. Contudo em relação ao tipo de nascimento (vaginal ou cesárea) houve uma tendência das crianças que nasceram de parto vaginal serem mais amamentadas.

**Tabela 1** - Associação entre manutenção do Aleitamento Materno no primeiro ano de vida e variáveis criança, mãe e serviços de saúde (Florianópolis/SC, 2008).

Aleitamento Materno						
Variáveis	n	Sim		Não		p*
		n	%	n	%	
<b>Sexo</b>	1073	-	-	-	-	0,440
Masculino	562	424	75,4	138	24,6	
Feminino	511	375	73,4	136	26,6	
<b>Uso de Mamadeira</b>	1067	-	-	-	-	0,000
Sim	565	308	54,5	257	45,5	
Não	502	486	96,8	16	3,2	

<b>Uso de Chupeta</b>	1068	-	-	-	-	0,000
Sim	522	309	59,2	213	40,8	
Não	546	487	89,2	59	10,8	
<b>Nascimento</b>	1067	-	-	-	-	0,195
Vaginal	554	422	76,2	132	23,8	
Cesárea	513	373	72,7	140	27,3	
<b>Mamou na 1ª hora</b>	1047	-	-	-	-	0,000
Sim	791	610	77,1	181	22,9	
Não	256	174	68,0	82	32,0	
<b>Peso ao nascer</b>	1021	-	-	-	-	0,000
< 2500g	78	45	57,7	33	42,3	
> 2500g	943	719	76,2	224	23,8	
<b>Idade Materna</b>	988	-	-	-	-	0,883
< 20 anos	150	117	78,0	33	22,0	
20 a 35 anos	709	540	76,2	169	23,8	
> 35 anos	129	98	76,0	31	24,0	
<b>Primípara</b>	983	-	-	-	-	0,847
Sim	535	408	76,3	127	23,7	
Não	448	344	76,8	104	23,2	
<b>Trabalho materno</b>	970	-	-	-	-	0,000
Remunerado	263	163	62,0	100	38,0	
Do lar	528	419	79,4	109	20,6	
Licença maternidade	179	158	88,3	21	11,7	
<b>Escolaridade Materna</b>	986	-	-	-	-	0,603
Sem escolaridade	2	2	100,0	0	0	
Ensino Fundamental	318	243	76,4	75	23,6	
Ensino Médio	469	364	77,6	105	22,4	
Ensino Superior	197	145	73,6	52	26,4	
<b>Serviço de Saúde</b>	1017	-	-	-	-	0,013
Público	778	596	76,6	182	23,4	
Privado	239	164	68,6	75	31,4	
<b>Hosp. de Nascimento</b>	889	-	-	-	-	0,041
IHAC	659	506	76,8	153	23,2	
Não IHAC	230	161	70,0	69	30,0	

**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Tabulações realizadas pelas autoras.

IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

\* Qui-quadrado.



## 5.2 - APRESENTANDO OS RESULTADOS QUALITATIVOS

Para chegar à categoria central, utilizou-se o modelo organizacional chamado pelos autores Strauss e Corbin (2008) de paradigma, como descrito no capítulo “Trajetória Metodológica”. Esse modelo permite que o autor organize e explique as vinculações que emergiram, relacionando-as de maneira a integrar estrutura e processo, onde são estabelecidas as relações entre as categorias. Os componentes básicos do paradigma são as condições contextuais, condições causais, condições intervenientes, as ações/estratégias e as consequências.

Dessa maneira a categoria central denominada: **“TECENDO o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno por meio dos processos interativos.”**, anuncia o fenômeno do estudo, o qual sustentado pelas demais categorias e suas subcategorias, compõe o modelo paradigmático organizado da seguinte maneira:

**Contexto:** “Conhecendo os espaços múltiplos de cuidado em aleitamento materno”.

**Condição Causal:** “Revelando a complexidade do aleitamento materno em suas dimensões fisiológicas e afetivas, fundamentais para o binômio mãe/bebê” e “Significando o cuidado multidimensional de enfermagem em aleitamento materno”.

**Condição Interveniente:** “Confrontando-se com as políticas públicas em aleitamento materno”.

**Estratégias de Ação/Interação:** “Gerenciando o cuidado para o fortalecimento do aleitamento materno” e “Remetendo a fluxos, circulações e alianças, o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”.

**Consequências:** “Considerando as conexões e (des)conexões das redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”.

O quadro a seguir (Quadro 13) descreve as sete categorias e suas subcategorias, que integradas, resultou na identificação fenômeno central.

**Quadro 13** - Categorias e Subcategorias do Modelo Paradigmático.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Conhecendo os espaços múltiplos de cuidado em aleitamento materno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Re)conhecendo a UBS como espaço do cuidado de enfermagem em aleitamento materno.</li> <li>- Acontecendo o cuidado de enfermagem para a promoção do aleitamento materno em outras instituições de saúde.</li> <li>- Acontecendo o cuidado em aleitamento materno para além das instituições de saúde.</li> </ul>
<b>Revelando a complexidade do aleitamento materno em suas dimensões fisiológicas e afetivas, fundamentais para o binômio mãe/bebê</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significando o aleitamento materno em suas dimensões fisiológicas e afetivas, fundamentais para o binômio mãe/bebê.</li> <li>- Revelando a complexidade do aleitamento materno.</li> </ul>
<b>Significando o cuidado multidimensional de enfermagem em aleitamento materno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promovendo cuidado e saúde em aleitamento materno para a mãe e o bebê antes, durante e após a gestação.</li> <li>- Revelando a magnitude do cuidado de enfermagem em aleitamento materno.</li> </ul>
<b>Confrontando-se com as políticas públicas em aleitamento materno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revelando o conhecimento e o desconhecimento das políticas públicas em aleitamento materno.</li> <li>- Identificando as fragilidade e potencialidades das políticas públicas em aleitamento materno.</li> </ul>
<b>Gerenciando o cuidado para o fortalecimento do aleitamento materno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promovendo o cuidado de enfermagem em aleitamento materno por meio dos processos interativos entre profissionais e mães.</li> <li>- Relatando o gerenciamento na UBS.</li> <li>- Aprimorando o cuidado em aleitamento materno.</li> </ul>
<b>Remetendo a fluxos, circulações e alianças o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliando os cuidados de enfermagem através das redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.</li> <li>- Reconhecendo as interferências e individualidade da mulher no seu processo de amamentar.</li> <li>- Provendo o cuidado em aleitamento materno para além das redes instituídas nos serviços de saúde.</li> </ul>

<p><b>Considerando as conexões e (des)conexões da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faltando interação entre a rede hospitalar e a rede básica do município para a continuidade do cuidar em aleitamento materno.</li> <li>- Reconhecendo como frágeis os pontos de ligação da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do município.</li> <li>- Apontando os pontos de ligação da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do município.</li> </ul>
---	---

**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

### **5.2.1 – Contexto: Conhecendo os espaços múltiplos de cuidado em aleitamento materno**

O cuidado em AM ocorre em diversos espaços onde vivem, interagem e transitam as mulheres que estão em processo de amamentar seus filhos. São nesses espaços que ocorrem as ações ou atividades da rede de promoção, proteção e apoio ao AM. Como composições desses múltiplos espaços estão as UBS, as maternidades públicas, as maternidades e clínicas privadas, a família e a comunidade.

A categoria **“Conhecendo os espaços múltiplos de cuidado em aleitamento materno”**, analisada como o *contexto* do modelo teórico é composta por três subcategorias.

#### **Subcategoria 1 - (Re)conhecendo a UBS como espaço do cuidado de enfermagem em aleitamento materno.**

Neste contexto, buscou-se identificar como está estruturada/organizada a UBS como um espaço para o cuidado de enfermagem em AM. Este olhar teve tanto a percepção das mães usuárias desse espaço como a percepção dos profissionais desse serviço de saúde.

Na percepção das mães, esse cuidado proporcionado pelo profissional enfermeiro na UBS foi fundamental para o estabelecimento e manutenção do AM.

*“[...] Para mim está sendo fundamental porque ele não estava pegando, desde que ele nasceu, aí eu vim hoje aqui e ele conseguiu pegar com a ajuda da enfermeira. Então para mim foi tudo” (M.2.2).*

*“[...] Eu comentei que estava muito dolorido assim, que estava muito, daí ela (enfermeira) falou para mim, se tu tiver aquela bombinha para tirar um pouco, porque esvazia e é melhor para ela pegar o bico [...] daí eu tirei esvaziou, ela conseguiu pegar, estava muito cheio e ela não conseguia pegar, aí eu comecei a fazer assim e melhorou. Porque ela me orientou” (M.2.6).*

*“[...] Aqui da enfermeira, ela ajudou bastante daí. Vinha nas consultas e ela me ajudava” (M.2.9).*

As potencialidades do profissional enfermeiro como referência no cuidado em AM no cotidiano de uma UBS, também foram reconhecidas pelos demais profissionais de enfermagem e pelos próprios enfermeiros.

*“[...] quando eu pego alguma dúvida ou alguém de técnico tem uma dúvida a gente sempre chama uma enfermeira ou que já fez o pré natal ou que é da área já tem um vínculo para orientar a mãe” (TE.1.1).*

*“[...] então a gente vai ter de trabalho aqui ao nosso nível é alguma orientação ou dúvida que elas fazem com a gente, enquanto a gente esta fazendo uma vacina orientando da nossa forma, com o nosso conhecimento como técnico de enfermagem [...] o enfermeiro é que acaba ficando com essa parte de uma conversa mais prolongada, de informações maiores” (TE.1.11)*

*“[...] a orientação da equipe, é estar presente, dar exemplo, porque não adianta você dizer como tem que ser feito se você não faz” (T.3.1).*

Ainda com o intuito de se descrever o cuidado de enfermagem no cotidiano da UBS, foram relatados na fala dos profissionais os fatores dificultadores desse cuidar, como a falta de recursos humanos, o não comprometimento dos profissionais e a dificuldade em manter o interesse das gestantes pelo AM nas consultas de pré-natal.

*“[...] aquelas que têm mais risco a gente fica meio de olho, faz busca ativa, só que aqui a gente também tem um problema, a gente não tem agente*

*comunitário, eu tenho duas agentes comunitárias [...] aqui é uma Unidade cheia de pacientes, então tem coisas que às vezes passa despercebida nos olhos da gente” (E.1.4).*

*“[...] não é todas que fazem, não estou dizendo que sou a única, mas às vezes nem todos se interessam, fazem o teste do pezinho, pronto e tchau” (TE.1.5).*

*“[...] muitas dúvidas, mais quando a criança nasce, porque no pré-natal tu tenta no estímulo mas não tem, mas é quando começa no dia a dia mesmo” (E.1.8)*

*“[...] mas essas mesmas mães que prestam bem atenção, elas chegam puérperas aqui com o problema instalado, muitas vezes ela não conseguiu manejar, ela não conseguiu trabalhar aquela informação para ela, muitas vezes” (T.3.5)*

## **Subcategoria 2 - Acontecendo o cuidado de enfermagem para a promoção do aleitamento materno em outras instituições de saúde.**

Procurou-se contextualizar com as falas dos entrevistados, como consideram os demais serviços de saúde ligados a rede de promoção, proteção e apoio ao AM no município. As contribuições do enfermeiro/equipe de saúde das maternidades no processo de cuidar em AM foram ressaltadas nas falas das mães que foram usuárias desse serviço no momento do nascimento do seu bebê.

*“[...] você via no hospital assim, o incentivo ao aleitamento, as mães assim que não tem como, tinha mães que não tinha o biquinho do peito, então, as enfermeiras ali tentando, apoiando, incentivando” (M.2.1).*

*“[...] no próprio hospital eu tive todo o aconselhamento, quando começou a querer dar o probleminha da fissura, que foi erro meu, eles me auxiliaram, cuidaram de mim, me ajudaram para poder amamentar sem problemas.” (M.2.4).*

Os profissionais que compõem a equipe de enfermagem da UBS, também ressaltaram nas suas falas, as contribuições do

enfermeiro/equipe de saúde das maternidades no incentivo e apoio ao AM.

*“[...] mas agora não, elas estão vindo sensibilizadas já para amamentar e eles estão fazendo nas maternidades um trabalho muito importante que elas já vem para cá já, claro que a gente faz no pré-natal, a gente estimula, a gente orienta a gente explica, dentro da possibilidade que a gente tem de entendimento da mãe também, que varia bastante, mas quando elas vão ter o neném eles fazem um trabalho muito bom lá, daí quando elas vem para nós na consulta de puerpério elas estão dando show em aleitamento sabe, e querendo amamentar” (TE.1.6).*

*“[...] as vezes até ter que encaminhar, porque tem coisas que foge da gente, as vezes tem que mandar para a maternidade também. Eu acho que a gente é um pouco limitado em algumas coisas.” (T.3.4).*

### **Subcategoria 3 - Acontecendo o cuidado em aleitamento materno para além das instituições de saúde.**

O cuidado ao AM por integrar múltiplas relações envolve uma multiplicidade de sujeitos. A integralidade do cuidar em AM, não fica somente restrita aos profissionais de saúde e nos espaços das instituições de saúde. Dessa maneira, buscou-se nas falas das mães e da equipe de enfermagem, significar como acontece esse cuidado fora desses espaços.

Na visão da mãe que amamentou ou amamenta seu filho, o apoio da família é fundamental nesse processo. Esse reconhecimento é permeado pelas ações e atitudes de apoio e cuidados vindos da mãe (avó), do marido e das pessoas do seu convívio.

*“[...] tive o cuidado da minha mãe que me ajudou, inclusive quando me deu aquelas fissuras e o peito endureceu, aquelas coisas, a mãe que me ajudou bastante, porque a gente mora perto, só tenho ela para me ajudar, então ela foi a mão na roda” (M.2.6).*

*“[...] minha mãe desde tudo, desde a descoberta que eu estava grávida até agora. É a base da minha gravidez.” (M.2.2).*

*“[...] lá no Hospital mesmo, aí começava a encher muito, daí eu dava um pouco porque estava muito cheio. Mas foi a minha mãe, ela estava comigo no Hospital” (M.2.3).*

*“[...] e meu esposo também, sempre me auxiliando, então, sempre tive auxílio e ajuda de todos que me cercam. Que é importante.” (M.2.4).*

*“[...] os familiares cuidam bastante, as enfermeiras também, a enfermeira aqui também ajuda bastante. Mas é mais os familiares assim, estão sempre por perto, todo dia fazendo visita” (M.2.5).*

A adesão, o reconhecimento da importância do AM e a capacidade das mães em lidar positivamente com o ato de amamentar se revelou nesse contexto, tanto nas falas das mães, quanto nas falas dos profissionais de enfermagem:

*“[...] até porque eu já tenho outro, então ele mamou até os dois anos, foi tranquilo também.” (M.2.1).*

*“[...] não tive dificuldade, pois como eu falei, não é o meu primeiro filho e nunca tive esse tabu de que amamentar é isso, amamentar é aquilo, dói e faz mal, não sei o que, não. Sempre o maior prazer, foi com prazer a maior alegria” (M.2.4).*

*“[...] ainda tem bastante preconceito em amamentação embora já a amamentação mudou bastante de uns anos para cá quando essas mulheres assim, quando eu comecei a trabalhar elas não queriam muito amamentar e eu estou vendo agora, a gente tem umas gestantes bem novinhas e elas fazem um esforço tremendo para amamentar” (E.1.6).*

**5.2.2 – Condição causal: Revelando a complexidade do aleitamento materno em suas dimensões fisiológicas e afetivas, fundamentais para o binômio mãe/bebê**

A categoria **“Revelando a complexidade do aleitamento materno em suas dimensões fisiológicas e afetivas, fundamentais para o binômio mãe/bebê”** é considerada a *condição causal* do fenômeno. Percebe-se nas falas das mães e profissionais de enfermagem como estes significam a importância e a complexidade do ato de amamentar. Essa significância se constitui como fator determinante para o estabelecimento do cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM.

Essa categoria foi composta por 2 subcategorias.

### **Subcategoria 1 - Significando o aleitamento materno em suas dimensões fisiológicas e afetivas, fundamentais para o binômio mãe/bebê.**

Ao significar o AM, os profissionais de enfermagem e as mães, reconhecem as suas múltiplas dimensões, sendo estas, fundamentais para o binômio mãe/bebê. Na dimensão fisiológica percebe-se atribuição às propriedades biológicas específicas do leite humano, fundamentais para o crescimento e desenvolvimento dos bebês, como se verifica nas falas a seguir.

Ao significar o AM, os profissionais de enfermagem e as mães, reconhecem as suas múltiplas dimensões, sendo estas, fundamentais para o binômio mãe/bebê. Na dimensão fisiológica percebe-se atribuição às propriedades biológicas específicas e superioridade do leite humano, fundamentais para o crescimento e desenvolvimento dos bebês, como se verifica nas falas a seguir:

*“[...] até de redução de doenças, de proteção do bebê, então ele é um alimento completo, mata a sede, mata a fome, está ali disponível, é da mãe, combate infecção, não tem nenhum que alimentos comuns têm.” (TE.1.1).*

*“[...] as questões de benefícios que ela vai ter, tanto com diminuições de alergias, de doenças oportunistas, toda a parte de dentição, de fala, tudo que vai facilitar para essa criança, para ter um bom desenvolvimento.” (E.1.4).*

*“[...] significa a nutrição, a proteção, nutrientes” (E.1.8).*



*“[...] é o fundamental porque o leite materno é o que tem mais proteína, mais força” (M.2.2).*

*“[...] por mais que o leite artificial, o leite enlatado seja da melhor qualidade, não chega nunca a ser nem semelhante ao da mãe. Eu acho que o da mãe é o mais completo” (TE.1.14)*

Contudo, além das propriedades biológicas do leite humano, os profissionais significaram o aleitamento materno de uma forma mais abrangente, relacionando-o com as questões afetivas que envolvem o vínculo mãe/bebê.

*“[...] resumindo seria amor mesmo” (TE.1.5).*

*“[...] a gente percebe como o vínculo se estabelece, o amor, aquele olhar apaixonado que eu sempre falo, do bebê para a mãe da mãe para o bebê” (C.1.12).*

*“[...] é o período que a mãe tem mais contato com o bebê, ela está ali, porque não é só amamentar, a criança olha para a mãe, ela sente o cheiro, ela sente o coração que ela ouviu durante nove meses lá dentro. Então tem toda essa questão de laço que vai criando, então é muito importante.” (E.1.13).*

*“[...] é além do vínculo físico, o vínculo emocional, alimentação, então esse é o espaço em que a mulher se permite exercer o papel de mãe, primeiro cuidado que ela dá ao bebê, que é a amamentação e basicamente é o espaço ideal para a promoção do vínculo” (T.3.1).*

*“[...] em termos de mãe, significa não só o simbolismo do elo mãe e filho, mas também a construção do vínculo. E como profissional, é aquilo que a gente preconiza como acho que a primeira questão de saúde pública para o bem estar, para a saúde da população, o aleitamento materno.” (T.3.6).*

Para as mães, o momento de amamentar é visto como um bem emocional para si e para o bebê, através da troca de amor proporcionado por esta prática:

*“[...] não tenho palavra assim para dizer sabe. Estar amamentado ver o rostinho dele, a satisfação dele estar recebendo uma coisa de ti, ainda que ele começou a se alimentar de outras e não é a mesma coisa, porque ele sente vontade sabe, a falta de estar aqui.” (M.2.1).*

*“[...] é a maior alegria é a ligação entre ele. É a continuação da maternidade, continuação do estar grávida, o elo em si, é tudo.” (M.2.4).*

De um modo geral, tanto os profissionais de enfermagem quanto as mães, demonstram conhecimento e conferem importância nas suas falas, ao tempo de duração do AM e AME preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2008).

*“[...] sem falar da questão fisiológica que é importantíssimo para o desenvolvimento físico da criança até os 6 meses o aleitamento exclusivamente” (C.1.3).*

*“[...] bom para a criança protege, durante 6 meses pelo menos tem que dar” (M.2.9).*

Para os profissionais de enfermagem, o significado do AM envolve as relações familiares, sociais e políticas não se limitando apenas a um ato isolado da mulher, como constatamos em alguns discursos:

*“[...] eu acho que o aleitamento materno ele é um alimento que a mãe tem para alimentar o seu bebê, mas existe toda uma relação social, política, econômica e enfim fisiológica, que circunda esse aleitamento materno e que também faz parte do conceito dele” (C.1.2).*

*“[...] então sempre eu falo, quem amamenta não é só a mãe, é a família, a família amamenta, a rede que ela tem amamenta.” (T.3.5).*

## **Subcategoria 2 - Revelando a complexidade do aleitamento materno.**

Para alguns profissionais, significar o AM se torna complexo, onde não é possível generalizar o seu significado sem correr o risco de reduzir o fenômeno a somente alguns de seus determinantes, sendo essencial não perder de vista também os fatores contextuais nos quais a mãe esteja inserida.

*“[...] o aleitamento materno para mim pode significar algo muito diferente do que significa para uma mãe, ou o que significa para uma família. Então na verdade é complexo eu falar para ti o que significa o aleitamento materno. Para mim, no meu contexto, é diferente do que eu falar para ti pensando em aleitamento materno enquanto profissional da saúde cuidado e prestando assistência a uma mãe ou uma puérpera que está no período de aleitamento materno” (T.3.7).*

### **5.2.3 – Condição causal: Significando o cuidado multidimensional de enfermagem em aleitamento materno**

A categoria **“Significando o cuidado multidimensional de enfermagem em aleitamento materno”**, também foi considerada a *condição causal* do fenômeno. Concerne às falas dos profissionais de enfermagem e das mães, uma abordagem ao significado do cuidar em AM como uma combinação multidimensional abrangendo variadas ações e integrando múltiplas relações de sujeitos, envolvendo não só o cuidado das relações profissionais e nas relações do paciente com a sua família, mas também as relações do cuidado social.

#### **Subcategoria 1 - Promovendo cuidado e saúde em aleitamento materno para mãe e o bebê antes, durante e após a gestação.**

Os profissionais de enfermagem reconhecem como necessário, promover a saúde do binômio mãe/bebê, bem como apoiar e cuidar dessa mãe, o que torna um elemento essencial indispensável à continuidade e estabelecimento da prática do AM:

*“[...] o olhar da gente enquanto profissional e também para assegurar que essa criança está sendo bem cuidada e que essa mãe também está sendo cuidada, ela precisa também” (T.3.5).*

*“[...] cuidado em aleitamento materno, eu acho que primeiramente cuidar dessa mulher, preparar essa mulher para a questão do aleitamento, as possibilidades e as dificuldades, acompanhá-la principalmente durante os primeiros dias que é um processo acho que mais difícil para a mãe” (C.1.7).*

*“[...] como dizem não existe leite fraco, mas eu acho que existe o leite com menos qualidade também, depende do que a mãe se alimenta. A saúde da mãe é importante também nesse aspecto.” (TE.1.14).*

Os profissionais enfatizam que este cuidado deve ser contínuo, iniciado antes mesmo da gestação e prolongando durante todo o processo da amamentação:

*“[...] ver o processo da amamentação, já preparar essa gestante orientar da importância da amamentação, explicar como funciona, cuidados com as mamas já desde a gestação. Depois que essa mãe vem na consulta puerperal, orientar novamente, explicar quais são as dúvidas, se necessário for, ver o processo de amamentação, ver como é que está se sucedendo e fazer as orientações a partir daí e em cada consulta de puericultura do bebê reforçar e ver o processo como está indo”” (C.1.3).*

*“[...] é desde o pré-natal, aliás, poderia começar até bem antes, desde a questão do atendimento a menina, a mulher, a questão do corpo, conhecimento do seu corpo, da formação do seu corpo e a questão do cuidado com o pré-natal, nas orientações nas consultas de pré-natal, as dúvidas, as dificuldades e que vem fechar, como se diz, o momento maior com a chegada do bebê, as primeiras mamadas e as orientações e também essa ajuda, a pega correta, o estímulo, na participação da família, enfim, envolve tudo” (T.3.6).*

Percebe-se em uma das falas dos profissionais, a atribuição ao cuidado em AM como responsabilidade exclusiva do binômio mãe/bebê, como um ato instintivo e biológico,

*“[...] eu acho que o ato em si de você estar amamentando uma criança já é um ato total de cuidado, porque como eu falei dos benefícios, eu acho que se tu te doa totalmente amamentando o teu filho, eu acho que tu já está tendo assim um maior cuidado que tu pode ter, é o benefício nato que a mãe pode dar para o filho, vem com a natureza, entendeu?” (E.1.6).*

## **Subcategoria 2 - Revelando a magnitude do cuidado de enfermagem em aleitamento materno.**

Nessa subcategoria, identificou-se na fala dos participantes do estudo que os significados atribuídos ao cuidar em AM se mostraram permeados pelas múltiplas dimensões dessa ação. Pensado na magnitude desse cuidado, os profissionais de enfermagem assim como as mães, mostram-se preocupados em tornar esse cuidado abrangente/amplo, não ficando restrito apenas a ações isoladas:

*“[...] cuidar é tudo [...] o cuidar é esse contexto geral” (C.1.9).*

*“[...] o cuidado é o mínimo necessário, o mais completo que você conseguir também” (M.2.4).*

Os profissionais nas suas falas buscam estar disponíveis e acolher essas mães para proporcionar esse cuidado da forma mais completa possível, como ilustram as seguintes falas:

*“[...] a gente tem estar disponível, principalmente para ouvir, para ensinar, para orientar, para colocar a mãe para cima, nomear as coisas positivas que ela está fazendo” (C.1.12).*

*“[...] cuidar em aleitamento materno é estar presente. Esse é o principal papel do cuidador, da equipe de enfermagem, de quem quer que se disponha a ajudar a mulher nesse processo [...] estar presente e vendo, sugerindo, aí sim você consegue esse sucesso do aleitamento.” (T.3.1).*

*“[...] eu acho que a gente tem que estar com as portas abertas e a gente procura trabalhar isso em equipe, para a gente ter profissionais que apesar de estar com a agenda cheia sempre ter um ou outro que vai acolher essa mulher e a agente ter que estar com as portas abertas. Se não for possível naquele momento, mas nem que seja fazer uma conversa com essa mulher e conseguir atendê-la no turno seguinte, ela não pode encontrar uma barreira, se ela vem pedir ajuda ou se o agente de saúde traz essa informação de que tem alguém precisando de ajuda, eu acho que a gente tem que estar aqui disponível para ajudar, para acolher, para orientar e precisa de tempo, de dedicação, precisa estar realmente disponível e acreditar” (T.3.3).*

Para compreender a magnitude desse cuidado multidimensional se torna importante também pensar nas dificuldades encontradas e vivenciadas pelas pessoas que participam desse processo. As mães relatam dificuldades referentes à ausência de apoio e a dificuldade no manejo:

*“[...] era muito leite que eu tinha, o peito inchava não tinha como ele mamar. Ai eu tinha que tirar para poder dar para ele. Foi onde que doeu o bico chegou a sair sangue” (M.2.3).*

*“[...] só fissura, só. Porque daí sangra, dói, eles pegam e puxam, tem fome, tem que dar, a gente chora, dá e sai sangue e a gente dá e tem que dar né. E dói muito, chega a endurecer muito leite” (M.2.6).*

*“[...] olha na minha família ninguém amamentou [...] fiquei sozinha” (M.2.7).*

*“[...] tenho 6 e não amamenteei nenhum. Não tenho leite, não tenho leite mesmo. Por isso que o bebê que nasceu de 6 meses tomou direto o NAN. Não tinha leite. É geralmente as mães com 5 ou 6 meses já tem leite no peito, eu não tenho. Não tenho mesmo, não pega, não por causa de bico, porque geralmente a criança não pega por causa*

*de bico, porque não tem mesmo, a estimulação do leite não vem.” (M.2.8).*

Para os profissionais de enfermagem, a dificuldade está em compreender a relação da mãe com o processo de amamentar;

*“[...] sabe que isso não é um processo lá muito fácil, então tem que ter persistência tem que querer muito” (C.1.7).*

*“[...] parece que cada dia que passa está mais difícil que as mães persistam no aleitamento, a gente tem tido o dobro de trabalho para fazer o manejo para que continue amamentando [...] está mais difícil mesmo tendo experiência, mesmo tendo sido treinada, parece que está mais difícil.” (T.3.2).*

*“[...] não exige nenhum grande sacrifício, claro que dói um pouquinho, coisas que não se fala muito, dói, quem já amamentou sabe que dói um pouco, mas é uma coisa que é natural entendeu?” (E.1.6).*

#### **5.2.4 – Condição interveniente: Confrontando-se com as políticas públicas em aleitamento materno**

As políticas públicas em AM abrangem diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao AM e vêm sendo implementadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. A categoria **“Confrontando-se com as políticas públicas em Aleitamento Materno”** emergiu nas análises dos dados como a *condição interveniente* do estudo. O conhecimento e o desconhecimento dessas políticas afetam as condições causais do fenômeno, facilitando, dificultando ou até restringindo as estratégias de ação/interação nos espaços múltiplo de cuidado ao AM. Essa categoria é integrada por 2 subcategorias.

##### **Subcategoria 1 - Revelando o conhecimento e o desconhecimento das políticas públicas em aleitamento materno.**

Ao desvelar o conhecimento e desconhecimento das políticas públicas em AM, verificou-se nas falas das mães, que algumas

desconhecem quais são as políticas em AM em prática no município e nas UBS onde são usuárias:

*“[...] Não, (rsrs) infelizmente não” (M.2.1).*

*“[...] não, de amamentação não” (M.2.9).*

*“[...] aqui (na UBS) eu nunca ouvi falar” (M.2.6).*

O conhecimento do Banco de Leite Humano (BLH) como política pública em AM, se fez presente nas falas de várias mães, como a política mais (re) conhecida por elas no município,

*“[...] hospital, que eles pegam o leite, o Banco de Leite, isso aí eu ouvi falar na Maternidade, lá eu sei, só lá” (M.2.6).*

*“[...] eu sei que tem um Banco de Leite na Carmela, eu ia só que eu sei assim que eles lá incentivavam, só o que eu conheço assim” (M.2.2).*

*“[...] eu sei que tem os Bancos de Leite, só que eu não cheguei a ir atrás para conhecer porque no caso como eu não preciso e eu não vou mais fazer a doação porque agora eu já estou amamentado só por ela mesmo e não preciso mais tirar, mas se não eu teria ido atrás fazer doação” (M.2.4).*

Diante das falas, verificou-se que as mães conseguem melhor identificar as políticas vigentes no município, já nas UBS onde são usuárias, elas reconhecem como políticas somente as orientações e o incentivo ao AM;

*“[...] conheço eu vejo bastante isso, a mobilização para amamentar, até como fazer doação também quem tem bastante leite. Isso também aqui no Postinho” (M.2.5).*

Revelou-se presente na fala de uma mãe, o reconhecimento da mídia como uma política de incentivo ao AM;

*“[...] só o que a gente vê na televisão, as propagandas, o incentivo” (M.2.10).*

No relato dos profissionais de enfermagem o desconhecimento das políticas públicas presentes no município, relaciona-se à sua



definição como política, nesse sentido, os profissionais apresentam dúvidas se realmente algumas ações de promoção, proteção e apoio são políticas públicas, como relatadas nas falas:

*“[...] agora tu me pegasse, eu não sei aleitamento? Não estou muito por dentro não, eu sei que existe os direitos da mãe de poder sair meia hora mais cedo para amamentar e tudo isso, são estimuladas as empresas para que facilitem isso para as mães, mas além disso eu não estou a par” (E.1.13).*

*“[...] tem uma série de outras coisas que nas maternidades têm, mas nenhum nome específico assim. Tem algumas iniciativas isoladas, mas com nenhuma política pública estabelecida” (T.3.7).*

*“[...] Política pública no aleitamento? Eu não sei se entraria, porque tem a Rede Amamenta Brasil, que é um estímulo, eles levam oficinas para as Unidades. Tanto o aleitamento materno como a introdução da alimentação complementar até dois anos, e eu não sei se a licença maternidade da mãe entra também? [...] pode ter mais, mas eu não sei bem” (TE.1.1).*

Percebe-se ainda, que entre os profissionais, existem aqueles que desconhecem a presença de políticas públicas em AM na UBS

*“[...] a princípio eu não conheço que política a gente tem aqui.” (E.1.8).*

*“[...] eu acredito que não tem nada funcionando aqui, se não a gente estaria recebendo um treinamento ou estar participando dessas palestras” (TE.1.11).*

Os Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o Projeto Mãe Canguru, a Norma de Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, a Licença Maternidade, a Semana Mundial de Amamentação, o Capital Criança, a Rede Amamenta Brasil e a Creche Amiga da Amamentação, foram reconhecidas como políticas públicas em AM presentes no município e nas UBS:

*“[...] a gente tem as Maternidades Amigas da Criança, [...] o contato com o Banco de Leite, os direitos, os direitos sociais, de seguridade que essas mulheres têm então a possibilidade de também desenvolver a questão da amamentação tendo garantido por Lei, a questão da própria dispensa, do auxílio maternidade, da licença gestação.” (C.1.7).*

*“[...] tem a do HU que tem o “Projeto Mãe Canguru” e funciona muito bem” (C.1.9).*

*“[...] tem aquela do HU que é aquela da Maternidade Amiga, que incentiva o aleitamento nos primeiros minutos, a Rede Amamenta e Alimenta Brasil, que agora unificou, virou amamenta e alimenta, a NBCAL também” (T.3.2).*

*“[...] e assim, é lógico que tem aquelas de fases assim, Semana do Aleitamento Materno, a gente tenta aprimorar e trabalhar de uma forma mais forte a questão do aleitamento materno.” (T.3.5).*

*“[...] sim, sim, a gente tem o Capital Criança e dentro do Capital Criança a gente tem a Rede Amamenta Brasil [...] a gente tem Creche Amamenta que está dentro da Rede Amamenta” (C.1.2).*

## **Subcategoria 2 - Identificando as fragilidade e potencialidades das políticas públicas em aleitamento materno.**

Nessa subcategoria as políticas públicas identificadas, expressadas nas falas dos entrevistados, inúmeras potencialidades para o trabalho articulado nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM da UBS. Dentre elas o trabalho de sensibilização e estímulo de todos os funcionários da UBS durante as oficinas da Rede Amamenta Brasil, por meio da problematização do processo de trabalho e valorização da experiência de vida de todos os atores envolvidos:

*“[...] a Rede Amamenta Brasil, que é um estímulo, eles levam oficinas para as Unidades” (TE.1.1).*

*“[...] foi feito uma comissão aqui de algumas enfermeiras e eles passaram em todos os Centros de Saúde durante as reuniões de equipe que a gente tem uma vez por mês e capacitaram a equipe inteira, todo mundo, não só quem faz parte da Equipe Saúde da Família, todos os funcionários, da importância, como proceder com algum problema, foi bem legal assim, essa parte a prefeitura incentiva bastante” (C.1.12).*

*“[...] só de fazer pensar já é uma forma de você mudar um pouco de você melhorar. Então no momento que teve aquela época do treinamento da tutoria e que vieram fazer as oficinas, só o fato de fechar o Posto e vamos falar sobre aleitamento materno foi o que foi feito, muita gente falou “fechar o Posto para falar de leite materno?”, mas depois cada um foi utilizando a informação que teve aqui para alguma coisa” (T.3.5).*

A garantia de agendamento de consultas para o binômio mãe/bebê através do “Programa Capital Criança” e a parceria estabelecida entre as UBS e as creches do município, para que as mães tenham a opção de continuar amamentando mesmo precisando trabalhar e deixar seu filho na creche, também fez parte das falas dos entrevistados:

*“[...] independente se nasce no privado ou não, vem à consulta agendada para o posto enviada pelo “Capital Criança” (C.1.9).*

*“[...] é oferecer a pessoa tem que ter o livre arbítrio e ela têm que ter aquilo a disposição dela para que se quiser fazer ela não tenha empecilhos para fazer isso, ela tenha a opção de escolher. Então a Creche Amamenta trabalha dentro dessa linha.” (C.1.2).*

*“[...] há algum tempo atrás, pensou em creche pensava em desmamar o bebê e agora não, a gente está vendo isso com outros olhos, porque não ajudar essa mãe a manter o aleitamento materno mesmo com a criança indo para a creche e ele voltando ao trabalho” (T.3.3).*

Os profissionais de enfermagem avançam também o seu pensar, a sua atenção e a sua preocupação para as fragilidades dessas políticas, elencando as dificuldades que afetam a sua solidez e crescimento no cotidiano da UBS:

*“[...] era para continuar, mas eu me lembro da gente ter tido um encontro só (Rede Amamenta Brasil). Ia ser feito toda uma avaliação, todo um trabalho que nos foi colocado nesse primeiro momento, a gente ficou toda empolgada enquanto equipe, mas depois a gente não teve retorno disso, ficou assim em aberto, é uma pena” (E.1.6).*

*“[...] não se teve (curso sobre AM) foi só para enfermeiras” (TE.1.10).*

*“[...] eu acho que ainda temos muitos médicos que não acreditam no aleitamento, que é muito mais fácil, que é muito mais fácil dar fórmula, que é muito mais fácil acalmar a mulher com uma fórmula, não dando espaço para ela amadurecer no processo de amamentar” (T.3.1).*

Salienta-se a busca pela consolidação dessas políticas por meio do planejamento de ações através do acompanhamento dos indicadores de AM e a sensibilização de mais UBS pela oficina da Rede Amamenta Brasil:

*“[...]a gente tem ferramentas no próprio Info, que é uma coisa que nos obriga, porque nos obriga mesmo, se você abrir um prontuário e você não preencher aquilo, ele não fecha, você tem que preencher [...] a gente tem um instrumento legal aqui para boas práticas da alimentação de uma forma geral e olhar para o aleitamento materno.” (T.3.5).*

*“[...] já foi feito oficina na maior parte das Unidades, a gente tem 50 Centros de Saúde e eu não sei te dizer um número específico, mas a maioria deles já foi feita a oficina, então já desenvolvem ações. E todas as Unidades de Saúde de Florianópolis fazem planejamento, aliás, 45 das 50, nesse ano as outras 5 também já estão fazendo. Aí no planejamento deles já inclui as ações pensando, acompanha os indicadores de*

*aleitamento materno. Porque aqui no município como a gente já trabalha com a programação de saúde das Unidades então o planejamento da Rede Amamenta quando eles fazem oficinas, é casado com o planejamento deles.” (T.3.7).*

*“[...] embora a gente tenha um alto índice de aleitamento materno, eu acredito que o esforço é das equipes que estão nos Centros de Saúde e isso a Rede Amamenta é uma coisa que fortalece” (T.3.1).*

### **5.2.5 – Ações/estratégias: Gerenciando o cuidado para o fortalecimento do aleitamento materno**

Ao promover o cuidado de enfermagem em AM, os profissionais estabelecem interações e ações que foram percebidas nesse estudo, como as **ações/estratégias** para descrever o fenômeno. A enfermagem no gerenciamento do cuidado em AM por meio das políticas públicas, procura desenvolver ações que não apenas enfoquem os aspectos técnicos e biológicos da amamentação, mas que se estenda esse cuidar para além dessas questões.

É nesse sentido, com o intuito de modificar o contexto, que foram propostas nas falas do profissionais as seguintes ações/estratégias abordadas através dos processos interativos, da gerencia/liderança do cuidado e na busca pela qualificação do conhecimento descritas nas 3 subcategorias a seguir.

#### **Subcategoria 1 - Promovendo o cuidado de enfermagem em aleitamento materno por meio dos processos interativos entre profissionais e mães.**

A promoção do cuidado de enfermagem nos processos interativos tem início com a prática do acolhimento no espaço das UBS, promovendo um ambiente de escuta às necessidades das mães e da família com vistas a promover um atendimento humanizado e com melhor resolutividade:

*“[...] é sempre aberto aqui, não precisa marcar horário, pode vir aqui, vem com o bebê, a gente leva para uma sala, senta me mostra como que tu está fazendo, pergunta para mim o que tu tem de dúvida, traz escrito num papel qualquer coisa, que a gente gasta o tempo que for necessário para*

*tu poder efetivar mesmo essa amamentação e sair daqui bem tranqüila e o negócio progredir” (C.1.12).*

*“[...] estar acolhendo as famílias que vem com essa necessidade, estar encaminhando para os profissionais dentro da Unidade ou fora se for o caso” (C.1.7).*

*“[...] ter esse olhar, se essa criança está tendo realmente essa possibilidade de acesso ao aleitamento materno, se essa mãe, ela está precisando de alguma informação com relação à ordenha, com relação ao armazenamento do leite, se ela tem dúvidas com relação a isso, a família também” (T.3.5).*

Os profissionais de enfermagem, principalmente o profissional enfermeiro, buscam estabelecer o vínculo com a mãe no seu processo de cuidar em AM, significando como um elemento essencial para se prestar um cuidado de qualidade. Essas interações são permeadas pelo diálogo com o intuito de oportunizar a horizontalidade das relações:

*“[...] então quando a gente consegue esse vínculo, esse canal de comunicação, a gente consegue colher informações importantes com relação ao aleitamento materno. Não mascara uma realidade” (T.3.5).*

*“[...] o estímulo, a gente ter um vínculo com ela para poder orientar e ela seguir as orientações [...] aquelas que a gente faz o pré-natal todo, elas já vem direto nos procurar, o enfermeiro, com quem mais elas criam o vínculo nessa fase” (E.1.8).*

*“[...] a gente sempre procura estabelecer um vínculo bem bom com elas já no pré-natal, e daí elas sempre tem espaço para vir aqui conversar com a gente, ligar, a gente sempre deixa o telefone aqui do Centro de Saúde, então a gente tem um vínculo bem legal com todas as nossas gestantes, então elas se sentem bem seguras de procurar a gente ao invés de procurar a maternidade” (C.1.12).*

Percebe-se também nas falas do profissional a importância de se promover um cuidado respeitando os limites e a realidade de cada mãe:

*“[...] eu trabalho muito o que aquela mãe tolera de cuidado, o que ela suporta de cuidado e o que ela quer receber de cuidado. Eu descobri que o aleitamento materno é uma decisão dela e que às vezes é inconsciente é consciente e que engloba toda a experiência de vida dela, todo contexto que ela vive. E acho que todo profissional de saúde tem que ter muito claro isso para trabalhar com aleitamento materno” (C.1.2).*

*“[...] apoio não é você dizer o que ela tem que fazer, é você observar e permitir que mãe bebê se conheçam e você interferir no momento em que há necessidade e que tenha espaço” (T.3.1).*

O profissional deve orientar sobre as vantagens do AM, mas cabe a mulher, a decisão. A decisão de amamentar da mulher está interligada a sua história de vida e é determinada pelas interações que ocorrem e o significado ela atribui a este ato. Na visão dos profissionais o cuidar deve estar ancorado no conhecimento e na sensibilidade em lidar com os sentimentos de cada mãe de uma forma individualizada procurando acima de tudo perceber como ela compreende o AM:

*“[...] eu acho que a primeira coisa é ver o que significa esse aleitamento materno para a mãe. A partir do que aquilo significa para ela, fazer o resgate do que ela entende, dos sentimentos que aquilo trás a ela, do significado e dos sentimentos que mechem nela e aí sim eu tenho que pensar como vou prestar o meu cuidado. Não posso ir com o meu conhecimento pronto e passar a ela e querer que ela siga estritamente aquilo que eu acho, que eu acredito e que eu passo uma prescrição. Não, eu penso que a gente tem que ouvi-la e aí assim a gente vai conseguir fazer um cuidado adequado.” (T.3.7).*

*“[...] como está a cabeça dessa mãe, como está a relação dessa mãe com o filho, que é importante esse binômio e como é que está realmente essa relação na hora de amamentar. Ela está conseguindo perceber a importância desse*

*aleitamento, ela entende que amamentar vai além do que só dar o leite e ela entende a importância desse ato para ela e para o neném e também para todos.” (T.3.5).*

## **Subcategoria 2 - Relatando o gerenciamento na UBS.**

A gestão do cuidado em AM revelou-se nas falas dos enfermeiros como uma atuação em conjunto com a equipe, sensibilizando, qualificando e a motivando, através do seu conhecimento, ser referencia no cuidado em AM na UBS e participar desse cuidado:

*“[...] é criar as atividades de promoção, incentivar o pessoal a criar, a campanha do aleitamento materno, as atividades todas de promoção eu tenho que estar apoiando junto.” (C.1.2).*

*“[...] tenho que estar envolvida com todo o contexto [...] então eu estou sempre incentivando sempre organizando as coisas junto às enfermeiras, a gente faz e resolve tudo em comum acordo aqui.” (C.1.9).*

*“[...] estar colaborando nesse sentido, de acolher e ao mesmo tempo também estar disponibilizando tempo, qualificação para os profissionais de acordo com as necessidades.” (C.1.7).*

*“[...] é sensibilizar, é orientar, é ser referência dentro da Unidade para qualquer problema” (T.3.4).*

## **Subcategoria 3 - Aprimorando o cuidado em aleitamento materno.**

A importância de se promover a qualificação do conhecimento em AM como caminho para aprimorar o cuidado e modificar o contexto, se revelaram presentes nas falas dos profissionais:

*“[...] eu estudo bastante o aleitamento materno [...] durante o tempo que eu desenvolvi minha profissão eu fui mudando muito minha base conceitual [...] no momento em que eu comecei a ler um pouco mais sobre isso e a me informar e a*



*me modificar também e a antropologia me ajudou muito a pensar na questão” (C.1.2).*

*“[...] depois que eu fiz o curso eu fiquei um pouco mais responsável na Unidade que eu trabalhava, por cuidar por ficar mais disponível quando tivesse algum problema de aleitamento, ou para orientar” (T.3.2).*

O profissional de saúde que atua na promoção e apoio ao AM deve desenvolver habilidade científica, técnica e de relacionamento para assistir, além da mulher, a família e a comunidade. Então essa promoção do conhecimento não deve ficar restrita ao profissional, mas transmitida por meio dos grupos de gestantes, como expressam nas falas:

*“[...] a gente tem um grupo de gestantes, que nesses últimos meses a gente não conseguiu fazer, mas é uma rotina de fazer, uma vez por mês, toda terça-feira a tarde, uma vez por mês e a gente tenta abordar esse assunto. Ali a gente aborda com veemência esse assunto do aleitamento materno nos grupos e elas prestam atenção sabe, a gente percebe isso” (T.3.5).*

Os tutores da “Rede Amamenta Brasil”, contribuem nesse processo, mantendo a rede articulada, acompanhando, sensibilizando e apoiando o desenvolvimento das ações em AM nas equipes da UBS e na comunidade:

*“[...] manter a rede articulada, promover o conhecimento das novas técnicas, dos novos estudos, é dar apoio a todas as pessoas que estão envolvidas na rede” (T.3.1).*

*“[...] eu me sinto responsável por essa promoção nos grupos, não só nos grupos de gestantes, mas nos grupos de mães, nas creches, nas informações junto aos técnicos de enfermagem, então minha responsabilidade passa a ser de educadora nesse sentido e de promotora do aleitamento materno” (T.3.6).*

*“[...] a gente tem que estar sempre nas reuniões de equipe trabalhando esse tema para estar sempre sensibilizando a equipe, para que a equipe possa estar sempre fazendo essa acolhida e estar sempre ajudando essas mães, ajudando a creche, que de repente os professores, podem estar precisando da gente para orientação, os pais, as mães que vão voltar ao trabalho. Eu acho que o meu papel mesmo é estar despertado isso na equipe, sensibilizando a equipe para o tema e ajudando a equipe a encontrar um caminho, uma estrutura de que vai*

*estar responsável, quem é a pessoa de referência, eu acho que estabelecendo esse fluxo e sensibilizando a equipe.” (T.3.3).*

### **5.2.6 – Ação/Estratégia: Remetendo a fluxos, circulações e alianças, o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**

A categoria **“Remetendo a fluxos, circulações e alianças, o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”** emergiu no estudo, como forma de consolidar o cuidado de enfermagem. Considerada como *ações/estratégias*, esta categoria foi composta por 3 subcategorias com o intuito de modificar o contexto vigente.

#### **Subcategoria 1 - Ampliando os cuidados de enfermagem através das redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**

A necessidade de ampliar a visão para os cuidados prestados através das redes de promoção, proteção e apoio ao AM, foi pensada pelos profissionais de enfermagem como ação para favorecer o cuidado à mulher no seu processo de amamentação. A articulação intersetorial por meio das políticas públicas atuantes foi mencionada como uma estratégia para viabilizar o atendimento às mães de uma maneira integrada e contínua:

*“[...] quando vem a ficha do “Capital Criança” para nós de nascimento da criança, poderia vir alguma observação: olha essa mãe teve tal coisa, essa mãe teve um mastite, essa mãe teve uma fissura” (E.1.8).*

*“[...] a gente orienta caso necessite final de semana, feriado caso necessite de alguma coisa, a gente está fechado, a gente não fica aberto direto, a procurar a Carmela.” (C.1.12).*

A integração do prontuário através de um sistema informatizado também foi uma necessidade expressa pelos profissionais:

*“[...] principalmente um sistema de informação, prontuário, se o paciente tivesse um prontuário, a gente já saberia que teria que ter uma abordagem muito maior com essa paciente” (E.1.4).*

*“[...] nosso sistema é informatizado, mas só na atenção primária, só as Unidades de Saúde com as Policlínicas e com as UPAs, se esse sistema fosse integrado com os hospitais, com as maternidades, na verdade, se nós conseguíssemos ter acesso ao atendimento que foi realizado para esse paciente lá no hospital, lá na maternidade, o prontuário eletrônico ele devia ser integrado entre o Centro de Saúde e o Hospital” (T.3.3).*

Mencionou-se também o trabalho do “Comitê Municipal de Aleitamento Materno” como uma esperança e um desafio para promover a integração e o trabalho em rede. Esse trabalho tem como foco o AM e o seu fortalecimento através das idéias de se trabalhar em conjunto e integrar as maternidades, públicas e privadas nesse contexto:

*“[...] eu penso que isso é um passo para a rede, talvez com o Comitê do Aleitamento Materno a gente possa fortalecer as idéias e o Comitê possa propor essas coisas e a gente começar a trabalhar mais em conjunto e mais integrado [...] essa política ainda não chegou nas maternidades privadas, eu acho que isso é um grande desafio para a Rede e é um grande desafio para o Comitê integrar isso, integrar as maternidades públicas, as privadas, com foco no aleitamento materno” (T.3.1).*

## **Subcategoria 2 - Reconhecendo as interferências e individualidade da mulher no seu processo de amamentar**

Reconhecer e saber lidar com as interferências/influências enfrentadas e vivenciadas pela mulher na sua realidade durante o seu processo de amamentar, também foram sinalizadas nas falas dos profissionais como uma ação visando o AM no diante dessas múltiplas relações:

*“[...] tem a questão cultural, histórica, individual de cada uma também.” (TE.3.7)*

*“[...] porque já pega muito a questão da família, do que a família fala, do que a vó fala, isso já influencia um monte nesse processo de amamentação. Se os profissionais ainda não estiverem orientados não estimularem isso aí realmente não vai acontecer” (C.1.3).*

### **Subcategoria 3 - Provendo o cuidado em aleitamento materno para além das redes instituídas nos serviços de saúde**

Ainda como ações/estratégias que visam tornar o cuidado em AM mais consolidado nas redes de promoção, proteção e apoio, os profissionais propuseram pensar além das redes instituídas nos serviços de saúde, pensar nas redes que se formam na comunidade. Isso acontece através do estímulo das equipes de saúde e também da comunidade com vistas a atuar em rede a favor do AM:

*“[...] a gente tem que pensar além dos serviços de saúde, pensar o que tem lá na comunidade que eu posso ter, pensar como um ponto da rede como um ponto de apoio para essas mulheres. Porque a gente pensar que só os serviços de saúde vão dar conta, pensar que ele é o responsável por aumentar o percentual de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até 2 anos, a gente tem uma visão limitada” (T.3.7).*

*“[...] a gente tem um projeto, que também não foi colocado em prática ainda, das “Vovós Amigas do Peito”, que é para estimular um grupo de idosas, vovós e bisavós, para que tenha também essa rede, venha também de dentro de casa esse apoio as mulheres [...] outra coisa que também é um projeto daqui que em comemoração a Semana da Amamentação que, envolveu todo o pessoal da equipe, então eu acho que isso que é importante, essa rede, esse apoio e a divulgação e quanto mais gente se interessar pelo assunto melhor” (T.3.6).*

#### **5.2.7 – Consequência: Considerando as conexões e (des)conexões da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**

Composta por 3 subcategorias, a categoria **“Considerando as conexões e (des) conexões da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”**, foi considerada como *consequência* na conformação da teoria. A rede de promoção, proteção e apoio ao AM presta ou pelo menos tem o intuito de prestar um cuidado integral no processo de amamentação. Desse modo, ela é valorizada e reconhecida pelos sujeitos do estudo para que a amamentação se efetive. No entanto

são percebidos (des)conexões na trama dessa rede, mostrando a necessidade de esforços serem despendidos para entrelaçar e solidificar essa rede para que consequentemente os indicadores de AM atinjam patamares mais elevados.

Para se chegar a essa categoria, foram evidenciados tanto o olhar das mães quanto o olhar dos profissionais de enfermagem integrantes dessa rede, intencionando focar nas conseqüências percebidas durante a promoção, proteção e apoio ao AM.

### **Subcategoria 1 - Faltando interação entre a rede hospitalar e a rede básica do município para a continuidade do cuidar em aleitamento materno**

A falta de interação entre a rede hospitalar e a rede básica de saúde na continuidade do cuidar em AM, foi percebida nas falas dos profissionais de enfermagem que visualizam a descontinuidade nos serviços alegando não haver referência e contra-referência:

*“[...] comunicação não tem, a gente não tem uma referência e contra referência, isso aí não existe”* (E.1.6)

*“[...] assim profissionalmente ter uma referencia e contra-referencia isso não existe não, mais é o boca a boca, o que elas recebem de informação lá ou a gente confirma aqui e dá continuidade ou até informação meio que desencontrada”* (TE.1.11)

Na visão dos profissionais, a falta de comunicação entre as diferentes instâncias, prejudica a continuidade do cuidar em AM:

*“[...] quando o município é um só, as nossas gestantes são de todos e isso é muito ruim. Tudo é de todos e acaba sendo de ninguém. Então acaba se perdendo muita coisa. Então precisa sim essa articulação, precisa articulação interinstitucional nas maternidades e precisa essa articulação das maternidades para os Postos de Saúde”* (T.3.1)

*“[...] é difícil a gente trabalhar com as outras instancias porque é fragmentado, existem divergências, falta de compreensão. Na verdade o Hospital não compreende como o Centro de Saúde trabalha e julgam muitas vezes de forma*

*negativa o nosso trabalho, a gente também não compreende de um todo talvez e isso acontece até aqui tão próximo dentro do município entre o Centro de saúde e UPA” (T.3.3).*

*“[...] os Hospitais não se comunicam com as Unidades. Fica uma coisa lá e outra aqui. Infelizmente não tem esse entrosamento que seria muito legal [...] no pré-natal agente acompanha todas as gestantes aqui e chega na hora do parto ela vai para lá como se tivesse interrompido todo o vínculo que foi criado e também não tem a maternidade referência, então esse fluxo não, essa contra resposta na verdade não acontece” (E.1.8).*

*“[...] a meu ver, acho que tem que melhorar a comunicação mesmo. A gente ainda está muito aqui e eles muito lá. Não só na parte do aleitamento, em toda rede” (C.1.12).*

## **Subcategoria 2 - Reconhecendo como frágeis os pontos de ligação da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do município**

Outro olhar para as interações entre as pessoas dos serviços de saúde, as mães e da comunidade possibilita evidenciar mais (des)conexões quando se pensa na construção da rede. Pensar nas pessoas como o elo de ligação para se estabelecer as conexões entre as redes, se evidenciou nas falas dos profissionais. Nesse olhar, os pontos da rede ainda estão muito frágeis necessitando serem fortalecidos para se constituírem enquanto rede e dar continuidade ao atendimento integral em AM:

*“[...] não é um Centro de Saúde com uma Maternidade, claro, a gente estabelece eles como sendo pontos da rede, mas quem faz as ligações entre os pontos da rede, são as pessoas, os trabalhadores. E aí eu penso que a comunicação entre eles é super importante. Essa comunicação não está acontecendo, então eu penso que não está se constituindo enquanto rede fortalecida não. Talvez um pontinho ou outro estejam ligados, uma comunicação já estabelecida, um fluxo já estabelecido, mas não é firme e forte para*

*dizer que é uma rede consolidada em que realmente vai conseguir dar o apoio aquela mulher naquele momento em que ela está com aleitamento materno” (T.3.7)*

*“[...] depende ainda da iniciativa de algumas pessoas, não é uma coisa instituída, uma contra referência uma referência, é tudo na informalidade” (T.3.2).*

*“[...] comunicação só existe se a gente for atrás, ainda é bem fraco eu acho” (C.1.12).*

### **Subcategoria 3 - Apontando os pontos de ligação da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno do município**

Quando se buscou identificar nas falas dos entrevistados os pontos de conexão nos diversos aspectos que envolvem a rede de promoção, proteção e apoio ao AM no município perceberam-se satisfação através das falas das mães usuárias desses serviços. Às suas falas remetem à organização estrutural estabelecida na rede e a não divergência de informações/orientações experienciadas enquanto usuárias:

*“[...] eu saí do Hospital com consultas marcadas, já agendadas, todas certas, fui atendida, toda dúvida que eu tinha eu consegui tirar. Eu não cheguei ainda a encontrar barreira nenhuma nessa ligação. Para mim por enquanto está tudo bem” (M.2.4).*

*“[...] eu achei que foi bom, eles estavam realmente organizados. Eu fiz o pré-natal todo aqui, daí fui para a maternidade. Aí eu só não tinha feito um exame daí eles fizeram lá e aí foi tranquilo, foi bem organizado” (M.2.5).*

*“[...] todas as palestras que tem aqui são as mesmas que dão lá.” (M.2.8).*

Destacam-se nas falas dos profissionais que as conexões estabelecidas na rede de promoção, proteção e apoio ao AM do município acontece através das políticas públicas vigentes.

*“[...] eu vejo hoje que alguns projetos têm melhorado a comunicação, normalmente diante das necessidades da Unidade, a maternidade, o Banco de Leite, a gente tem conseguido diminuir a distância e melhorar a comunicação” (C.1.7).*

*“[...] e agora um pouco se inverteu esse processo, a gente tem os Postos de Saúde mais engajados enquanto que as Maternidades nem tanto” (T.3.6).*

O “Programa Capital Criança” é considerado um elo de ligação entre as maternidades e as UBS, os profissionais conferem importância ao agendamento das consultas facilitando o retorno das mães para a UBS promovendo dessa forma um maior conforto nesse momento de recuperação pós-parto. Isso também se reflete no trabalho dos profissionais, uma vez que a UBS toma ciência das mães que tiveram os seus bebês.

*“[...] a gente tem sorte que a gente tem o “Capital Criança”, que é bom, isso é muito organizado dentro da prefeitura, então ajuda bastante para que a gente tenha as informações mais corretas possíveis” (E.1.4).*

*“[...] a gente tem um bom, um contato bom e o Capital Criança, é bem tranquilo assim, as que vão voltam certinho, vão ganham neném, voltam com tudo agendadinho, consulta com o pediatra, consulta com a enfermeira, com o dentista, voltam, são bem orientadas a voltar e fazer o teste do pezinho” (C.1.12).*

### **5.2.8 – Fenômeno central: “Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos”**

Conforme os resultados desse estudo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno envolve múltiplas relações e se traduz no conceito de rede, onde se estabelecem fluxos, circulações, e alianças entre os todos os atores envolvidos.

Considera-se que o cuidado em AM não se pode pautar somente no binômio mãe/bebê, devendo integrar e articular todos os envolvidos

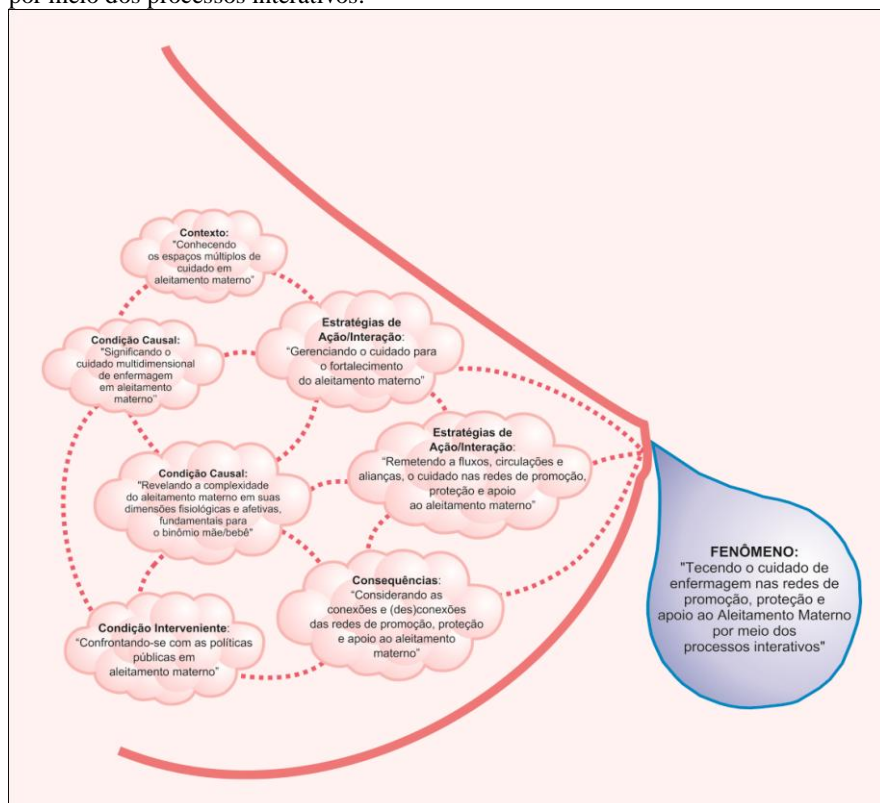


na construção dessa rede. Esse processo envolve mulheres, crianças, famílias, profissionais, gestores, interesses políticos e sociais, constituindo-se como uma combinação multidimensional, onde se exige diferentes abordagens e intervenções para uma atuação efetiva. Constituindo assim, uma categoria híbrida, onde natureza e cultura não se separam.

O profissional enfermeiro atua como um profissional que cuida interligando os múltiplos atores que transitam nos diversos espaços desse cuidado. Nesse sentido, no processo interativo de cuidar em AM, o enfermeiro assume o papel de articulador, facilitador e organizador dos cuidados de enfermagem.

A rede de promoção, proteção e apoio ao AM no município de Florianópolis, vem sendo construída, fortalecida e ampliada, através dos movimentos interativos de interesses e atitudes. Alguns pontos estão interligados, porém muitos ainda se encontram frágeis, não se constituindo como rede. Sua trama vem sendo entrelaçada visando à busca da promoção, proteção e apoio ao AM construindo com o enlace desses fios o tecer dessa rede. Esse modelo encontra-se representado a seguir, na Figura 7.

**Figura 7** - Diagrama do modelo paradigmático: Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos.



**Fonte:** Organizado pela autora, 2013.

Assim, ao se compreender o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas políticas públicas no município de Florianópolis, a partir dos significados das relações e interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães, foi possível elaborar o modelo paradigmático: **Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos.**

### 5.3 – Artigo 1 - Prevalência e fatores associados à manutenção do aleitamento materno numa capital do Sul do Brasil

#### PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NUMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL

Giuliana Micheloto Parizoto<sup>3</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>2</sup>  
Dulce Maria Pereira Garcia Galvão<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Estimar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de um ano em 2008 no município de Florianópolis, SC, e identificar os fatores associados à sua manutenção. **Método:** Estudo transversal, no qual foram estudadas 1073 crianças de 0 a 1 ano de idade no município em 2008. A prevalência do aleitamento materno e os fatores associados à sua manutenção foram calculados utilizando testes estatísticos. **Resultados:** A prevalência do aleitamento materno foi 74,5%. Das 799 crianças que mantiveram a amamentação, a média de idade foi de 146,9 dias, enquanto que a média de idade das crianças que não mantiveram a amamentação foi de 226,07 dias. Observou-se associação significativa entre aleitamento materno e as variáveis estudadas. **Conclusão:** Esse estudo contribui para refletirmos sobre a realidade local do aleitamento materno, evidenciando os fatores associados a sua manutenção. Tais reflexões contribuem para apontar caminhos para aumentar o tempo do aleitamento materno no município. **Descritores:** Aleitamento materno, epidemiologia, promoção da saúde.

---

\* Artigo extraído da tese “Aleitamento materno e políticas públicas em Florianópolis: prevalência e significados da rede de cuidado em enfermagem” orientada por Dr<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann e pela Supervisora do Estágio SWE a Dr<sup>a</sup> Dulce Maria Pereira Garcia Galvão. Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2013

<sup>3</sup> Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Pesquisadora do 1A CNPq. Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Portugal.

## INTRODUÇÃO

As vantagens do aleitamento materno para a criança, mãe, família, ambiente e sociedade em geral, são incontestáveis, reconhecidas e extensamente documentadas na literatura brasileira e mundial (GALVÃO, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontam que esta prática contribui, anualmente, para a prevenção de mais de seis milhões de mortes de crianças menores de 1 ano de idade (BRASIL, 2009; WHO, 2001). No entanto, essa prática encontra-se ainda abaixo dos níveis considerados ideais pela OMS.

Estudos relacionados à duração, tendência e determinantes do aleitamento materno, são de grande utilidade para estabelecer e difundir estratégias que incentivam e propiciam essa prática, elevando cada vez mais os índices de aleitamento materno em nosso país. Entretanto, como nos deparamos com diferenças regionais na prática da amamentação brasileira, reforça-se a necessidade de diagnósticos locais, para direcionar medidas de intervenção.

Nesse sentido, atualmente, vários estudos nacionais estão sendo realizados em municípios brasileiros, utilizando o inquérito populacional baseado no Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) do Instituto de Saúde de São Paulo sobre a situação do aleitamento materno em crianças menores de 1 ano em campanhas de vacinação.

Alguns desses estudos, realizados nos municípios brasileiros, estimam a prevalência e o comportamento do aleitamento materno ao longo dos anos e indicam uma tendência ascendente nesses índices, revelando-se como uma importante ferramenta para os gestores municipais diagnosticar e monitorar a saúde das crianças, com vistas à implementação de ações locais (SADECK; LEONE, 2013; SOUZA; et al, 2012; PARIZOTO; et al, 2009; FERREIRA; PARADA; CARVALHAES, 2007).

Outros estudos, ainda revelam os fatores determinantes associados à manutenção ou não manutenção do aleitamento materno, dados esses, também fundamentais, para propor intervenções e novas pesquisas para o planejamento em saúde e para a elaboração e redirecionamento de políticas mais adequadas às necessidades materno-infantil, no âmbito municipal (SOUZA; et al, 2012; QUELUZ; et al, 2012; LEONE; SADECK, 2012; PARIZOTO; et al, 2009; FRANÇA; et al, 2007).

Considerando o conhecimento sobre os índices de aleitamento materno e seus determinantes, como um instrumento necessário para o

planejamento, definição e avaliação das políticas públicas e ações locais de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, emergiu a seguinte questão norteadora: Qual a prevalência e os fatores associados à manutenção do aleitamento materno no município de Florianópolis em 2008 em crianças menores de um ano de idade? Desse modo o presente estudo tem como objetivos: Estimar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de um ano em 2008 no município de Florianópolis, SC, e investigar os fatores associados à sua manutenção.

## **MÉTODO**

Procedeu-se a um estudo transversal, para verificar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de um ano de idade no município de Florianópolis identificando e relacionando alguns fatores associados à sua manutenção.

Foram utilizados os dados secundários da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF) realizada em 2008, no município de Florianópolis/SC. Esta pesquisa foi realizada pela segunda vez em todas as Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. A primeira pesquisa de âmbito nacional sobre aleitamento materno foi realizada em 1999, ficando somente a Capital Rio de Janeiro sem participar. Nas duas pesquisas foi utilizada a mesma metodologia, segundo a qual um questionário sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida foi aplicado em amostras representativas das capitais e DF, no momento da campanha de vacinação (BRASIL, 20110).

Para que essa pesquisa se efetivasse seguindo a mesma proposta metodológica, todas as capitais receberam capacitação por meio de três oficinas macro-regionais organizadas pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, os técnicos das Secretarias Estaduais foram preparados para os treinamentos locais, e receberam material de apoio padronizado contendo todas as orientações para os coordenadores municipais da pesquisa e para a capacitação dos entrevistadores (BRASIL, 20110).

Os cenários deste estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Volantes que participaram da segunda etapa da campanha de vacinação realizada no período de julho a agosto de 2008, no município de Florianópolis, SC.

A Secretaria Municipal de Saúde pertencente à Prefeitura Municipal de Florianópolis, conta com 50 Unidades Básicas de Saúde, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e quatro Policlínicas Regionais. O inquérito utilizado na pesquisa foi realizado em uma amostragem de 30 Unidades Básicas de Saúde, uma Policlínica e nove

Unidades Volantes, dentre elas dois shoppings, seis supermercados e um trailer.

Para a realização dos inquéritos adotou-se amostras por conglomerados com sorteio em dois estágios, pois o município possui uma população superior a 4000 crianças menores de um ano. Estipulou-se um tamanho fixo de amostra de 1000 crianças, que permite estimar a prevalência de diferentes indicadores relacionados à alimentação infantil, dentro de intervalos de confiança de, no máximo, mais ou menos 3% com 95% de certeza (INSTITUTO DE SAÚDE, 2009). Considerando que as crianças não estão distribuídas uniformemente nos vários postos de vacinação (conglomerados), adotou-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados. No primeiro estágio foram sorteados os postos de vacinação e no segundo estágio as crianças em cada posto, de forma sistemática. A amostra desenvolvida para cada município foi considerada equiprobabilística ou autoponderada, evitando a necessidade de posterior ponderação<sup>(13)</sup>. As frações amostrais mantêm-se constantes, a partir da expressão  $f=f_1, f_2$ , ou seja, todas as crianças têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra sorteada. Os postos maiores têm maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio ( $f_1$ ) e as crianças dos postos menores tem maior probabilidade de sorteio no segundo estágio ( $f_2$ ). A partir do número de crianças previstas para serem vacinadas, chega-se ao número para serem entrevistadas em cada posto de vacinação (SILVA, 1999).

Para descrever e identificar possíveis fatores associados à manutenção do aleitamento materno nas crianças menores de um ano de idade foram consideradas variáveis independentes, relativas às crianças, às mães e aos serviços de saúde.

Dentre as variáveis relativas às crianças está a idade em dias, o sexo, o uso de mamadeira e/ou chupeta, o tipo de nascimento, se mamou na primeira hora após o nascimento e o peso ao nascer. Nas variáveis relativas às mães encontra-se a idade, a paridade, a escolaridade e a situação de trabalho, onde foi questionado se a mãe tinha emprego formal ou era do lar e se teve direito a licença maternidade. Por fim, apresentaram-se as variáveis relativas aos serviços de saúde, se a criança nasceu em Hospital Amigo da Criança ou não e se o local de acompanhamento do bebê é no sistema de saúde público ou privado.

O instrumento para a coleta dos dados, continha predominantemente questões fechadas e versava sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e alimentos no dia anterior à coleta de dados. Portanto as informações sobre as práticas alimentares das

crianças foram coletadas por meio de recordatório de 24 horas, que reflete as práticas atuais de alimentação.

É importante ressaltar que os levantamentos epidemiológicos realizados durante as campanhas de vacinação apresentam um baixo custo e possibilitam um diagnóstico rápido da situação da amamentação e práticas de desmame (CARVALHAES; ; PARADA; VENÂNCIO, 1998).

Para analisar também os padrões de alimentação infantil segundo as características da população, foram coletadas informações sobre as crianças e suas mães e ainda, para aquelas crianças acompanhadas pelas mães foram dirigidas questões referentes à situação de nascimento da criança, utilização da rede básica de saúde do município e dados socioeconômicos e demográficos (BRASIL, 2009).

Os dados foram tratados estatisticamente por meio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 19.0. Foram calculadas as prevalências do aleitamento materno em todas as crianças segundo idade em dias, bem como a presença/ausência de associação entre a manutenção do aleitamento materno e cada uma das variáveis independentes, sendo a significância avaliada através do teste *qui-quadrado* adotando-se  $p < 0,05$  como nível de significância. Posteriormente nas variáveis, idade em dias da criança e idade materna adotou-se ainda o teste *t de student*.

A pesquisa não envolveu riscos de natureza física, psíquica, moral, intelectual, social ou cultural, pois se tratava de um inquérito populacional, observacional. O projeto foi aprovado pela Secretaria do Estado da Saúde – Coordenadoria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde – Instituto de Saúde – Comitê de Ética, protocolo: 001/08 com parecer expedido pelo Ministério da Saúde (MS) - Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), ofício nº 970 CONEP/CNS/MS, Expediente MS nº 25000.071882/2008-84, Registro CONEP nº 14814.

De acordo com a estratégia adotada para aplicação do questionário nas filas de vacinação, os acompanhantes das crianças menores de 1 ano foram informados sobre a pesquisa solicitando seu consentimento verbal para a aplicação do questionário. Após o consentimento todos os acompanhantes que participaram da pesquisa receberam filipetas contendo os dados para contato do coordenador local da pesquisa e a garantia de seu anonimato.

### 3 - RESULTADOS

A amostra do estudo constituiu-se de 1073 crianças menores de um ano de idade, das quais 988 estavam acompanhadas pelas mães.

Foram estudadas 562 crianças do sexo masculino (52,4%) e 511 crianças do feminino (47,6%). Verificou-se que 53,0% das crianças usavam mamadeira e 48,9% usavam chupeta. Houve predominância do parto vaginal e a maioria das crianças 75,5% mamaram na primeira hora após o parto.

Quando se observou as características maternas, verificou-se que a média de idade foi de 26 anos onde 54,4% eram primíparas. No que diz respeito ao trabalho 54,4% referiram não trabalhar fora de casa e 47,6%, tinham ensino médio.

No que tange à assistência à saúde das crianças, foi verificado que 76,5% frequentavam consultas de rotina em Serviços Públicos de Saúde e apenas 23,5% utilizavam os serviços privados. O maior número de nascimento, (74,2%) foi em maternidades com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Essas características estão descritas detalhadamente na tabela 1.

**Tabela 1** – Características relativas às crianças, às mães aos serviços de saúde. Florianópolis, SC - 2008.

<b>Características</b>	<b>N*</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	562	52,4
Feminino	511	47,6
<b>Total</b>	1073	100,0
<b>Uso de Mamadeira</b>		
Sim	565	53,0
Não	502	47,0
<b>Total</b>	1067	100,0
<b>Uso de Chupeta</b>		
Sim	522	48,9
Não	546	51,1
<b>Total</b>	1068	100,0
<b>Tipo de nascimento</b>		
Vaginal	554	51,9
Cesárea	513	48,1
<b>Total</b>	1067	100,0
<b>Mamou na 1ª hora</b>		
Sim	791	75,5
Não	256	24,5
<b>Total</b>	1047	100,0



<b>Peso ao nascer</b>		
< 2500g	78	7,6
> 2500g	943	92,4
<b>Total</b>	1021	100,0
<b>Idade Materna</b>		
< 20 anos	150	15,2
20 a 35 anos	709	71,8
> 35 anos	129	13,0
<b>Total</b>	988	100,0
<b>Primiparidade</b>		
Sim	535	54,4
Não	448	45,6
<b>Total</b>	983	100,0
<b>Trabalho materno</b>		
Formal	263	27,1
Do lar	528	54,4
Licença maternidade	179	18,5
<b>Total</b>	970	
<b>Escolaridade Materna</b>		
Sem escolaridade	2	0,1
Ensino Fundamental	318	32,3
Ensino Médio	469	47,6
Ensino Superior	197	20,0
<b>Total</b>	986	100,0
<b>Local de consultas de rotina do filho</b>		
Público	778	76,5
Privado	239	23,5
<b>Total</b>	1017	100,0
<b>Local de Nascimento do filho</b>		
IHAC	659	74,1
Não IHAC	230	25,9
<b>Total</b>	889	100,0

**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Tabulações realizadas pelas autoras.

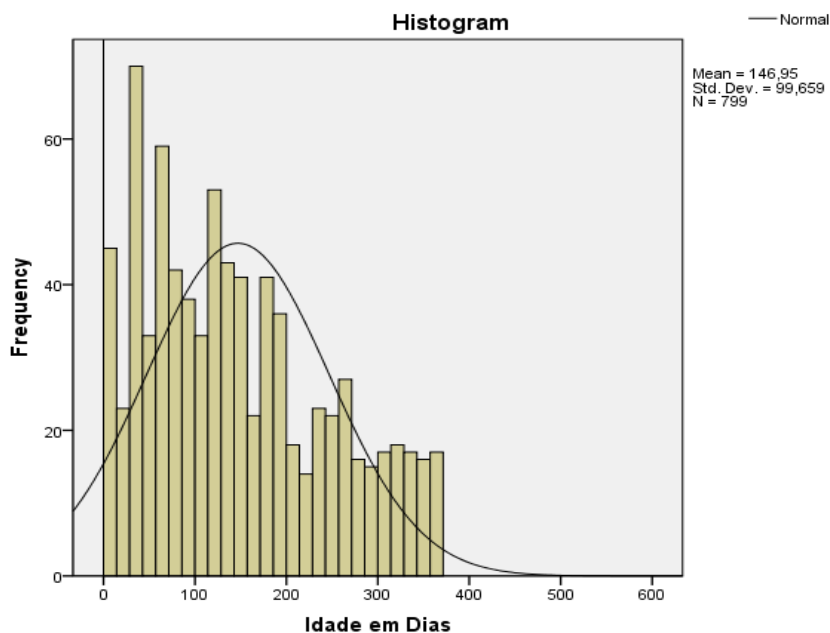
IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança

\* As variações no número total de cada variável são devidas a respostas incompletas.

A prevalência do AM foi de 74,5% (799) do total das crianças do estudo. Das 799 crianças que mantiveram a amamentação, a média de idade foi de 146,9 dias, representada na Figura 1, enquanto que a

média de idade das crianças que não mantiveram a amamentação foi de 226,07 dias.

**Figura 1** – Média de idade em dias das crianças mantém a amamentação. Florianópolis, SC - 2008.



**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Tabulações realizadas pelas autoras.

A Tabela 2 sumariza a associação das variáveis relativas às crianças, as mães e aos serviços de saúde associadas à manutenção do aleitamento materno. Na análise estatística dos fatores associados à manutenção do aleitamento materno, houve associação altamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre o não uso de mamadeira e chupeta, amamentação na primeira hora após o nascimento, crianças nascidas

com peso superior a 2,5kg e mães que estão sob licença maternidade seguidas das mães que não trabalham.

A variável, serviço de saúde, apresentou associação significativa ( $p < 0,05$ ) com a manutenção da amamentação. As mães que levam seus filhos para serem acompanhados nos serviços públicos de saúde amamentaram por mais tempo, logo seguido das mães que não estavam amamentando, mas que também levavam seus filhos para acompanhamento nos serviços públicos de saúde. Também houve associação significativa ( $p < 0,05$ ) na manutenção da amamentação em relação à variável hospital de nascimento. Verificou-se que foram as mães que tiveram seus filhos em maternidades com o título “Hospital Amigo da Criança” que amamentaram por mais tempo.

As demais variáveis, sexo, tipo de nascimento, idade materna e primiparidade, não apresentaram associação à manutenção do AM. Contudo em relação ao tipo de nascimento (parto vaginal ou cesárea) apesar de não apresentar significância estatística, houve uma tendência das crianças que nasceram de parto vaginal serem amamentadas durante mais tempo.

**Tabela 2** - Associação entre manutenção do aleitamento materno e variáveis relativas à criança, materna e serviços de saúde. Florianópolis, SC – 2008

Aleitamento Materno						
Variáveis	n	Sim		Não		p*
		n	%	n	%	
<b>Sexo</b>	1073	-	-	-	-	0,440
Masculino	562	424	75,4	138	24,6	
Feminino	511	375	73,4	136	26,6	
<b>Uso de Mamadeira</b>	1067	-	-	-	-	0,000
Sim	565	308	54,5	257	45,5	
Não	502	486	96,8	16	3,2	
<b>Uso de Chupeta</b>	1068	-	-	-	-	0,000
Sim	522	309	59,2	213	40,8	
Não	546	487	89,2	59	10,8	
<b>Tipo de nascimento</b>	1067	-	-	-	-	0,195
Vaginal	554	422	76,2	132	23,8	
Cesárea	513	373	72,7	140	27,3	
<b>Mamou na 1ª hora</b>	1047	-	-	-	-	0,000
Sim	791	610	77,1	181	22,9	
Não	256	174	68,0	82	32,0	
<b>Peso ao nascer</b>	1021	-	-	-	-	0,000
< 2500g	78	45	57,7	33	42,3	
> 2500g	943	719	76,2	224	23,8	

<b>Idade Materna</b>	988	-	-	-	-	0,883
< 20 anos	150	117	78,0	33	22,0	
20 a 35 anos	709	540	76,2	169	23,8	
> 35 anos	129	98	76,0	31	24,0	
<b>Primiparidade</b>	983	-	-	-	-	0,847
Sim	535	408	76,3	127	23,7	
Não	448	344	76,8	104	23,2	
<b>Trabalho materno</b>	970	-	-	-	-	0,000
Formal	263	163	62,0	100	38,0	
Do lar	528	419	79,4	109	20,6	
Licença	179	158	88,3	21	11,7	
maternidade						
<b>Escolaridade</b>	986	-	-	-	-	0,603
<b>Materna</b>						
Sem escolaridade	2	2	100,0	0	0	
Ensino	318	243	76,4	75	23,6	
Fundamental						
Ensino Médio	469	364	77,6	105	22,4	
Ensino Superior	197	145	73,6	52	26,4	
<b>Serviço de Saúde</b>	1017	-	-	-	-	0,013
Público	778	596	76,6	182	23,4	
Privado	239	164	68,6	75	31,4	
<b>Hosp de Nascimento</b>	889	-	-	-	-	0,041
IHAC	659	506	76,8	153	23,2	
Não IHAC	230	161	70,0	69	30,0	

**Fonte:** II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Tabulações realizadas pelas autoras.

IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

\* Qui-quadrado.

## DISCUSSÃO

O AM promove uma oferta adequada e essencial de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento das crianças, além de proteger contra infecções e outras doenças, aumentando as possibilidades de sobrevivência. No presente estudo, verificou-se que a prevalência do AM em crianças menores de um ano de idade, isto é, quando a criança recebe leite materno, independentemente de ter recebido ou não outros alimentos, de qualquer natureza, foi de 74,5% (WHO, 1992).

Das 799 crianças amamentadas a média do tempo do AM foi de 146,9 dias, já a média dos que não mantiveram a amamentação foi de 226,07 dias. Portanto há uma tendência das crianças mais novas serem amamentadas. Estudos realizados pelo Instituto de Saúde de São Paulo

(BRASIL, 2009), afirmam que em Florianópolis, a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de seis meses supera os resultados de todas as capitais brasileiras exceto Belém, ficando acima da média nacional. Mas em contrapartida quando se verificou o AM em crianças de 9 a 12 meses, esse índice sofre um decréscimo, deixando Florianópolis abaixo da média nacional na frente de apenas cinco capitais.

O município de Florianópolis conta com políticas públicas, voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AM, possui duas maternidades com o título Hospital Amigo da Criança e dois Bancos de Leite Humano. Mais recentemente a maioria das Unidades Básicas de Saúde foram sensibilizadas e 14 certificadas pela Rede Amamenta Brasil e nas creches municipais, está sendo implantando o projeto “Creche Amiga da Amamentação”. Conta ainda com um programa de saúde integrante da ação governamental da prefeitura municipal intitulado “Programa Capital Criança” desde 1997 onde após a sua implementação o Coeficiente de Mortalidade Infantil vem decrescendo, passando de 19,25/1000 nascidos vivos em 1996 para 8,8/1000 nascidos vivos em 2012. Contudo, a prática do AM por volta dos 5 meses sofre um declínio o que nos chama a atenção (COELHO, 2004; FLORIANÓPOLIS, 2012).

Dentre os fatores associados à manutenção do aleitamento materno nesse estudo, verificamos associação significativa entre mães que estão sob licença maternidade e mães que não trabalhavam. Estudo realizado da Paraíba demonstrou que as mulheres que trabalhavam fora em meio período ou período integral e não usufruíram de licença maternidade, a oferta de AM foi significativamente menor, pois muito frequentemente essas mães têm necessidade de retornar as suas atividades por razões econômicas e também para a manutenção de seus postos de trabalho (VIANNA, 2007).

Outro estudo apontou que o trabalho materno fora de casa sem licença maternidade foi o fator de maior causa para o abandono do AME. A licença maternidade oferece a mulher uma fonte de recurso financeiro lhe proporcionando menor preocupação e melhor condição de segurança com relação a custos decorrentes das necessidades cotidianas. Contudo, afirma que não se pode assegurar que esse recurso financeiro supere outros determinantes do processo da amamentação, mas pode-se configurar em um dos aspectos facilitadores para esta prática (QUELUZ, 2012).

Na variável serviço de saúde, encontramos em um estudo que avaliou a promoção do AM nas maternidades públicas e privadas do

Município de São Paulo, que as práticas facilitadoras da amamentação aconteceram com maior frequência em hospitais públicos do que em hospitais privados (TOMA; MONTEIRO, 2001). Em outro estudo foi constatado que crianças que utilizaram serviço privado de saúde apresentaram maior possibilidade de não estar sendo amamentadas, quando comparadas àquelas que eram atendidas pela rede pública (FRANÇA, 2007). Essa relação se confirmou nesse estudo onde verificamos que houve associação significativa com a manutenção da amamentação, quando as mães levam seus filhos para serem acompanhados nos serviços públicos de saúde, o que nos levou a acreditar ser uma consequência da maior influência das políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno.

Quanto ao local de nascimento, houve associação significativa entre hospitais certificados como Amigo da Criança e a manutenção do aleitamento materno, apontando comprometimento, com vistas ao incentivo e apoio dessa prática, durante o período hospitalar, para a continuidade do aleitamento materno entre as mães. Estudo revela que o nascimento em Hospitais Amigo da Criança é um fator de proteção para a amamentação exclusiva, uma vez que crianças que nascem em hospitais sem o referido título apresentam 2,2 vezes mais chance de receber outro alimento precocemente (VENÂNCIO; et al, 2002).

No entanto, somente as ações isoladas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, não são suficientes para manutenção da prática do AM por um tempo prolongado, sendo necessário a articulação entre as rede hospitalar e a rede básica de saúde. Os profissionais de ambos os locais devem interagir visando ações de apoio após a alta hospitalar, no ambiente social e familiar.

A amamentação na primeira hora de vida, passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, também apresentou associação significativa com a manutenção do aleitamento materno. Essa estratégia baseia-se na promoção do vínculo entre a mãe e o recém-nascido nos primeiros minutos de vida. Um estudo de revisão sistemática identificou diversos benefícios relacionados ao contato precoce entre mãe e bebê, como a tendência materna em demonstrar afeto ao bebê, os bebês amamentados precocemente chorarem por menos tempo e a maior duração da amamentação. Portanto essa intervenção pode beneficiar os resultados da amamentação (ANDERSON; et al, 2007).

Crianças nascidas com peso superior a 2500 g, também foram amamentadas por mais tempo. Essa variável se confirma em estudo onde se detectou que 42% das crianças de baixo peso nunca foram amamentadas, em contraposição a apenas 10% entre as que superaram

esse peso sendo a prematuridade a variável que antecedeu o desmame pela maior permanência hospitalar (MONTEIRO, 1995). No entanto entendemos que crianças com baixo peso podem ser amamentadas de maneira efetiva, quando apoio e orientações adequadas sobre o AM são oferecidas as mães, superando a introdução de fórmulas nas rotinas dos serviços de saúde.

O não uso de chupeta nas crianças do estudo, mostrou associação altamente significativa para a manutenção da amamentação. Evidenciado em vários estudos essa prática contribui para o insucesso da amamentação levando ao desmame precoce. Um estudo mostrou que o uso de chupeta demonstrou ser o principal fator de risco para desmame, com riscos da ordem de 2,91, 3,26 e 6,90 vezes para menores de 120, 180 dias e um ano, respectivamente (FRANÇA; et al, 2007). Em outro estudo, crianças que usavam chupeta apresentaram o dobro de possibilidade de não estarem em AME, resultado semelhante ao observado em outro município, onde a razão para interrupção do AME associada ao uso de chupeta era igual a 2,7 vezes maior (PARIZOTO; et al, 2009; CARVALHAES; PARADA; COSTA, 2007).

Para Castilho e Rocha a literatura apresenta mais efeitos deletérios do que benéficos da chupeta (CASTILHO; ROCHA, 2009). Ao ser oferecida à criança, a chupeta diminui o espaçamento entre as mamadas diminuindo o estímulo à produção láctea, sendo dessa forma, responsável pela menor duração do AM. Além disso, o seu uso pode provocar asfixia, intoxicações ou alergias e aumenta o risco de cáries, infecções e parasitoses. Também ocasiona problemas de dentição e fala principalmente se seu uso se prolongar além dos 3 ou 4 anos.

Para Victora et al (1997), a utilização da chupeta configura-se como o principal marcador de dificuldades com a amamentação, explicando que o seu uso pode encobrir dificuldades maternas, como ansiedade e insegurança, que se repercutem negativamente na amamentação

São necessárias reflexões sobre essa prática, uma vez que vários estudos demonstram que a sua utilização prejudica a manutenção da amamentação. Nesse sentido corroborando com Souza, et al (2012), campanhas para redução do uso de chupeta falharão se as mães não forem acompanhadas e apoiadas para que enfrente seus desafios na amamentação e direcione suas ansiedades. Queluz et al (2012) sugerem investir em outras estratégias para acalmar o choro do bebê ao invés de somente contra-indicar o uso da chupeta, uma vez que no cotidiano dos serviços de saúde é comum ouvir das mães que o seu uso é adotado para aliviar o choro do bebê.

A não utilização da mamadeira, também apontou associação altamente significativa para a manutenção da amamentação. Estudo demonstrou que o uso de mamadeira já no primeiro mês de vida da criança mesmo em crianças que estão sendo amamentadas, é bastante comum, principalmente para oferecer chás e água. Essa prática tida como inofensiva, por muitas mães, familiares e profissionais de saúde, pode contribuir para a introdução precoce de leites industrializados, uma vez que o sucesso da amamentação está relacionado com esvaziamento efetivo da mama. Não havendo essa condição, as mães tendem a produzir menos leite levando, muitas vezes, à complementação com outros leites (FRANÇA; et al, 2008).

## **CONCLUSÃO**

Concluímos com a análise dos resultados deste estudo, que o AM em crianças menores de um ano de idade no município de Florianópolis ainda está distante do preconizado, contudo, se evidencia vários fatores que contribuem para a sua manutenção e que devem ser potencializados para aumentar o tempo do AM no município.

À medida que a idade da criança avança, são agregados fatores favoráveis ao desmame refletindo na diminuição do tempo do AM. A tendência das crianças mais novas serem amamentadas nos remete a refletir que as políticas mais antigas presentes no município e voltadas para o estabelecimento da amamentação nas maternidades estão mais consolidadas. No entanto, somente as ações isoladas dessas políticas, não são suficientes para manutenção da prática do AM por um tempo prolongado. As políticas de promoção, proteção e apoio ao AM materno presentes na rede básica do município encontram-se ainda em fase de construção, portanto há necessidade da sua consolidação e articulação com as políticas estabelecidas a nível hospitalar. Também há necessidade, dos serviços privados de saúde se articularem com os serviços públicos do município e estabelecerem práticas que favoreçam o AM.

Acreditamos que esse estudo epidemiológico contribui para refletirmos sobre a realidade local do AM, evidenciando os fatores associados a sua manutenção. Tais reflexões contribuem para apontar caminhos para aumentar o tempo do AM no município.

## **Agradecimentos**

Os autores agradecem a todos os servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que atuaram como entrevistadores no inquérito e ao Professor Doutor Luis Manuel de Jesus Loureiro da



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal, pela validação dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. GALVÃO, D. M. G. P. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. **Rev Bras Enferm.** 64(2): 308-14, 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** Brasília; 2009 Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461). Acesso em: 22 mai. 2013.
3. WHO. World Health Organization. **The optimal duration of exclusive breastfeeding**: report of an expert consultation. Geneva; 2001.
4. SADECK, L. S. R., LEONE, C. R. Avaliação da situação do aleitamento materno em menores de um ano de idade no Município de São Paulo, Brasil, em 2008. **Cad. Saúde Pública [online]**. 29(2): 397-402, 2013.
5. SOUZA, S. N. D. H, MIGOTO, M. T, ROSSETTO, E. G, MELLO, D.F. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paul Enferm.** 25(1): 29-35, 2012.
6. PARIZOTO, G. M., PARADA, C. M. G. L., VENÂNCIO, S.I., CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. **J Pediatr (Rio J)**. 85(3):201-8, 2009.
7. FERREIRA, L., PARADA, C. M. G. L. , CARVALHAES, M. A. B. L. Tendência do aleitamento materno em município da região centro-sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. **Rev. Nutr. [online]**. 20(3): 265-73, 2007.
8. QUELUZ, M. C., PEREIRA, M. J. B., SANTOS, C. B., LEITE, A. M., RICCO, R. G. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**. 46(3): 537-43, 2012.
9. LEONE, C. R; SADECK, L. S. R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Rev. paul. pediatr. [online]**. 30(1): 21-6, 2012.
10. FRANÇA, G. V. A.; BRUNKENI, G. S.; SILVA, S. M.; ESCUDER, M. M.; VENÂNCIO, S. I. Determinantes da amamentação em Cuiabá-MT. **Rev Saúde Pública**. 41(5):711-8, 2007.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros:** Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 63 p.
12. INSTITUTO DE SAÚDE, /SES /SP **Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação.** Projeto Amamentação e Municípios – Manual do Coordenador Municipal/Supervisor. São Paulo, 2009. 14 p.
13. SILVA, N. N. **Amostragem Probabilística:** um curso introdutório. São Paulo: EDUSP, 1999. 128 p.
14. CARVALHAES, M. A. B. L., PARADA, C. M. G. L., VENÂNCIO, S. I. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Rev. Saúde Pública.** 32(5): 430–6, 1998.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p.
16. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing breastfeeding practices update. Programme Control Diarrhoeal Disease. Geneva: WHO; 1992.
17. COELHO, R. C. H. A., SANTOS, E. K. A., TAVARES, A. M., TOBIAS, L. T., FISCHER, R. J. **Programa Capital Criança:** Resgatando a cidadania. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Florianópolis. Editora Insular. Florianópolis, 2004. 192 p.
18. FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias. **Conheça um pouco mais do Programa Capital Criança.** 2012. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina&noti=6731>>. Acesso em: 22 mai. 2013.
19. VIANNA, R. P., REA, M. F., VENÂNCIO, S. I., ESCUDER, M. M. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. **Cad Saúde Pública.** 23(10):2403–9, 2007.
20. TOMA, T. S., MONTEIRO, C. A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Rev Saúde Publica.** 35(5):409-14, 2001.
21. VENANCIO, S. I., ESCUDER, M. M. L., KITOKO, P., REA, M. F., MONTEIRO, C. A. Frequência e determinantes do aleitamento materno

em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. 36 (3):313-8, 2002.

22. ANDERSON, G. C., MOORE, E., HEPWORTH, J., BERGMAN, N. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. (Cochrane Review) In: Cochrane Database of Systematic Reviews, **Issue 3**. Oxford: Update Software, 2007.

23. MONTEIRO, C. A. A evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: **Hucitec**. p.153-71, 1995.

24. CARVALHAES, M. A, PARADA, C. M, COSTA, M. P. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu – SP, Brazil. **Rev Latinoam Enferm**. 2007;15:62-9.

25. CASTILHO, S. D., ROCHA, M. A. M. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **J Pediatr** (Rio J). 2009; 85 (6):480-489.

26. VICTORA, C. G., BEHAGUE, D. P., BARROS, F. C., OLINTO, M. T., WEIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence?. **Pediatrics**. 99:445-53, 1997.

27. FRANÇA, M. C. T., GIUGLIANI, E. R. J., OLIVEIRA, L. D., WEIGERT, E. M. L., SANTO, L. C. E., KÖHLER, C. V., BONILHA, A. L. L. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev Saúde Pública** 42 (4):607-14, 2008.



## **5.4 – Artigo 2 – “Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos”.**

### **Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos**

#### **Resumo**

Objetivou-se compreender o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas políticas públicas no município de Florianópolis a partir dos significados das relações e interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães, na perspectiva da complexidade. Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados e como referenciais teórico a Teoria da Complexidade e a Teoria Ator Redes. Os dados foram coletados na Rede Básica de Saúde de Florianópolis por meio de entrevista aberta com 31 participantes. A descrição dos espaços múltiplos de cuidado em aleitamento materno forma o contexto, a complexidade do aleitamento materno e o significado do cuidado multidimensional de enfermagem são condições causais, o confronto com as políticas públicas em aleitamento materno é a condição interveniente. Considerando como consequência as conexões e (des)conexões das redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, a gerência do cuidado e os fluxos, circulações e alianças desse cuidado nas redes são as estratégias para tecer o cuidado de enfermagem nas redes de promoção.

**Descritores:** Enfermagem; Aleitamento materno, Políticas públicas.

#### **Introdução**

Quando uma pessoa se empenha na função de cuidar satisfaz uma necessidade sua e do outro, projetando-se para o futuro na perspectiva de qualidade de vida para ambos. O cuidado pressupõe uma relação, de convivência e surge quando a existência de alguém tem importância para o outro, para isso é preciso ter atitudes de responsabilidade, preocupação e dedicação (BOFF, 1999).

Existe um sentimento de retribuição por parte do ser cuidado, portanto quando cuidamos resgata-se e aprimora-se esse sentimento no outro. Para Morin, no nosso cotidiano vivemos sempre em busca de um sentido, mas esse sentido não é originário, não provem da exterioridade de nossos seres, emerge da participação, da fraternização e do amor (MORIN, 1999).

Mas não podemos pensar somente no lado afetivo para ter a atitude de cuidar, o simples fato de o outro estar vivo e pertencer a nossa existência já o faz digno de ser cuidado. O cuidado também não está apenas relacionado às necessidades fisiológicas, como ser alimentado, trocado e higienizado. Desse modo ele se restringiria a atos e não a atitudes. As atitudes se referem a escutar as angústias, os sentimentos e ajudar no enfrentamento dos problemas. Dessa maneira, devemos pensar no cuidado de enfermagem permeado de atitudes e não somente restrito a atos.

No que se refere ao cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM), a enfermagem ocupa uma posição privilegiada, pois é o profissional que permanece mais tempo ao lado da gestante/puérpera, portanto deve ser o facilitador na promoção de seu bem-estar bio-psico-sócio-emocional.

A crença de que a mulher é capaz de vivenciar a experiência da amamentação com sucesso, se estiver preparada para exercê-la a partir do conhecimento dos seus aspectos básicos e práticos, é um grande desafio para a enfermagem, uma vez que nos seres humanos, o ato de amamentar ou não, antes de ser biologicamente determinado, é social e culturalmente condicionado. Nesse sentido, a determinação sociocultural tende a se sobrepor à determinação biológica. A enfermagem tem a necessidade de estender seu cuidado para além das questões biológicas da amamentação, buscando identificar e esclarecer junto à mulher as suas percepções acerca desta vivência e compreender os reais motivos pelos quais muitas mulheres querem ou não amamentar seus filhos (SILVA, 1990).

É claro que o domínio de aspectos fisiológicos e técnicos da amamentação nos permite detectar muitas intercorrências e propor ao binômio mãe/bebê resoluções para suas dificuldades. Mas a aplicação do conhecimento biológico em conjunto ao conhecimento da experiência da mulher no ato de amamentar propicia uma amplitude do cuidado que nos aproxima da nossa clientela, permitindo uma atuação por inteiro.

Nesse sentido a enfermagem é de extrema importância neste processo, pois, enquanto ator social nos dá a oportunidade de caminhar de forma cada vez mais clara, no entendimento da amamentação como uma questão que está nitidamente formada como um tecido inteiriço de natureza-cultura (SHIMIZUI; LIMA, 2009).

O ser humano por si só é um ser complexo, logo são 100% natureza e 100% cultura. A existência das sociedades e a formação, conservação, transmissão e desenvolvimento da cultura só ocorre através das interações do cérebro e do espírito. A cultura e a sociedade

estão em uma relação geradora mútua e não se pode esquecer também das interações entre indivíduos, eles próprios portadores e transmissores de cultura, que regeneram a sociedade, a qual regenera a cultura (MORIN, 1998).

Baseado nesse pensamento complexo, e acreditando que a prática da amamentação é também 100% natureza e 100% cultura, a busca para orientar ações voltadas à expansão da prática do aleitamento materno em nosso meio, deve estar baseada na complexidade do ser humano e nas relações do cuidado de enfermagem interligando as redes de proteção, promoção e apoio ao AM.

O conceito de rede remete a fluxo, circulações e alianças, nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes. A rede é uma lógica de conexões onde a sua principal característica é a transformação. É uma totalidade aberta capaz de crescer em todos os lados e direções, sendo seu único elemento constitutivo o “nó”, no caso deste estudo o aleitamento materno, de onde partem as diversas conexões.

Não existe, portanto, natureza de um lado e cultura de outro, mas apenas naturezas culturais. Desvendar essas redes de relações é parte do papel do cientista interessado em compreender a prática científica, ressaltando as importantes conexões entre o mundo e o ambiente social mais abrangente (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nesse sentido, a ciência não é vista como exterior à cultura, mas capaz de compreender e desenvolver esquemas complexos. O processo da amamentação envolve mulheres, crianças, famílias, profissionais e sociedade, constitui-se uma combinação multidimensional, exigindo diferentes abordagens e intervenções para uma atuação efetiva. Constitui assim, uma categoria híbrida, onde natureza e cultura não se separam.

Conforme o exposto emergiu a seguinte questão norteadora: Como vem ocorrendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas políticas públicas no município de Florianópolis, a partir do significado das relações e interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães? Desse modo, objetivou-se com esse estudo, compreender o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nas políticas públicas no município de Florianópolis a partir dos significados das relações e interações vivenciadas pelos profissionais de enfermagem e mães, na perspectiva da complexidade.

## Método

O presente estudo é originado da tese **“Aleitamento materno e políticas públicas em Florianópolis: prevalência e significados da rede de cuidado em enfermagem”**. Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

O estudo foi realizado na Rede Básica de Saúde do município de Florianópolis/SC, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o nº 2108/12. Os critérios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados em todas as etapas da pesquisa. Os participantes deste estudo alcançaram um total de 31 pessoas distribuídas em três grupos amostrais:

O primeiro grupo amostral foi composto por quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros coordenadores de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) que foram anteriormente sensibilizadas com a oficina da “Rede Amamenta Brasil”, sendo uma de cada Distrito Sanitário de Saúde do município. Para compor esse grupo foi observado como critério de inclusão, a UBS ter sido sensibilizado com a oficina da “Rede Amamenta Brasil”, não importando se o profissional estava fazendo parte da equipe no momento da sensibilização. Também foi verificado o interesse do profissional em participar da pesquisa.

O segundo grupo amostral foi composto por 10 mães usuárias das UBS. Utilizou-se para compor esse grupo como critério de inclusão, as mães de crianças com menos de 2 anos de idade, que estavam presentes nas UBS no momento da consulta do seu filho e que demonstraram interesse em participar do estudo. As UBS escolhidas já haviam sido sensibilizadas com a oficina da “Rede Amamenta Brasil”.

O terceiro grupo amostral foi composto por sete enfermeiros que participaram da oficina de capacitação de tutores da Rede Amamenta Brasil e que estavam vinculados a Secretaria Municipal de Saúde<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Segundo a Coordenação da Rede Amamenta Brasil em Florianópolis, a sua implantação no município teve início em 2009, sensibilizou 39 das 50 Unidades Básicas de Saúde e um total de 40 tutores. Em relação ao número de tutores sensibilizados, esse número atualmente sofreu uma redução para 36 tutores, devido à desvinculação desses profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do município. Ficando assim distribuídos: 24 enfermeiros, 7 pediatras, 4 dentistas e um nutricionista.



O número de participantes do estudo, foi definido a partir do momento onde os depoimentos não trouxeram novas informações relevantes para a pesquisa. Na TFD, recebe a denominação de saturação teórica, e ocorre quando as análises adicionais não contribuem mais para descobrir algo novo sobre determinada categoria e quando as categorias encontram-se bem sustentadas e relacionadas umas as outras (CORBIN; HILDENBRAND, 2003).

Para manter o anonimato das informações os participantes foram identificados por letras correspondentes a sua função, seguida de números ordinais correspondentes ao grupo amostral e ordem de ocorrência da entrevista (E.1.3). A participação dos sujeitos foi voluntária, autorizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como técnica para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista aberta, onde os participantes tiveram a liberdade de refletir como vivenciam o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. As demais perguntas emergiram a medida que foram acontecendo as análises dos dados e surgindo os conceitos.

A coleta aconteceu em dois períodos distintos, em abril de 2012 até o início de agosto de 2012 onde foram entrevistados o primeiro e o segundo grupo amostral e em abril de 2013, onde foi entrevistado o terceiro grupo amostral.

A análise foi acontecendo concomitantemente à coleta dos dados, de forma comparativa e constante conforme prescreve a TFD que se processa através de três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva (CORBIN; HILDENBRAND, 2003).

Na codificação aberta os dados são processados minuciosamente, acontecimento por acontecimento até formar os códigos substantivos ou conceitos. Na codificação axial, os códigos substantivos se desenvolvem até formar conceitos mais refinados, os códigos conceituais. Na codificação seletiva, os códigos conceituais são integrados e relacionados com o propósito de esclarecer e delimitar a categoria central (CORBIN; HILDENBRAND, 2003).

As categorias depois de construídas foram comparadas, relacionadas e interconectadas conforme o modelo paradigmático. Os seus autores, sugerem construir o modelo paradigmático, com a finalidade de organizar e explicar as conexões emergentes (CORBIN; HILDENBRAND, 2003). Esse modelo estabelece uma relação entre as categorias envolvendo o fenômeno, as condições causais, o contexto, as condições intervenientes, as estratégias de ação/interação e as

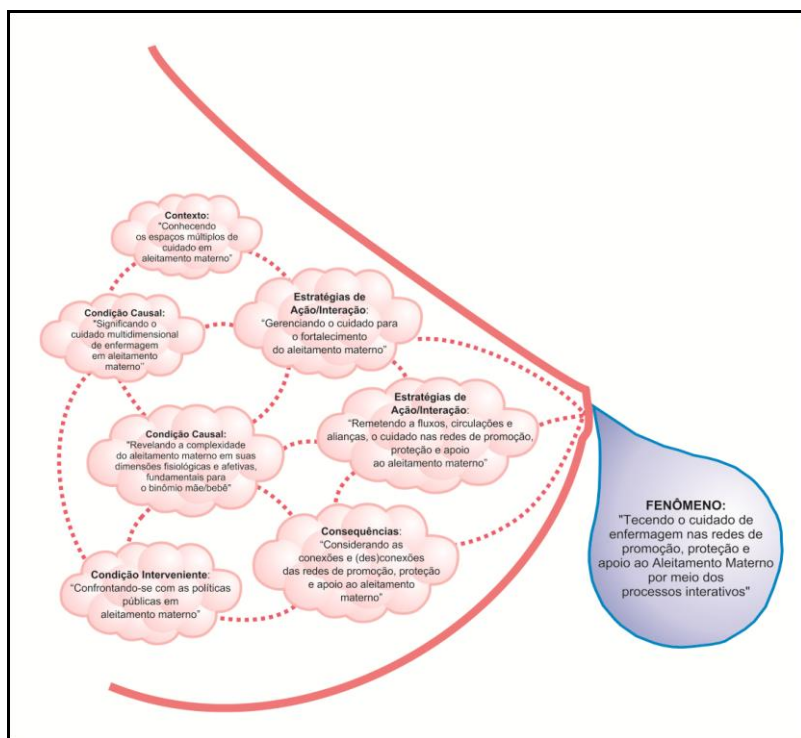
consequências. A conexão entre as categorias é que permite a construção da teoria.

A validação do modelo paradigmático foi realizada com pesquisadores que trabalham com o método.

## Resultados

Da codificação e análise dos dados emergiu o fenômeno: **Tecendo o cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio dos processos interativos.** Para que esse fenômeno fosse compreendido, a sua organização ocorreu mediante a inter-relação de sete categorias e suas subcategorias, organizadas em cinco componentes, conforme o modelo paradigmático, apresentado na figura a seguir (Figura 1).

**Figura 1.** Diagrama do modelo paradigmático.



**Fonte:** Elaborado pela autora, 2013.

### **Contexto: Conhecendo os espaços múltiplos de cuidado em aleitamento materno**

O cuidado em AM ocorre em diversos espaços onde vivem, interagem e transitam as mulheres que estão em processo de amamentar seus filhos. São nesses espaços que ocorrem as ações ou atividades da rede de promoção, proteção e apoio ao AM. Como composições desses múltiplos espaços estão as UBS, as maternidades públicas, as maternidades e clínicas privadas, a família e a comunidade.

Nessa categoria, analisada como o **contexto** do modelo paradigmático, buscou-se identificar como está estruturada/organizada a UBS como um espaço para o cuidado de enfermagem em AM. Na percepção das mães, esse cuidado proporcionado pelo profissional enfermeiro na UBS foi fundamental para o estabelecimento e manutenção do AM. “[...] *Para mim está sendo fundamental porque ele não estava pegando, desde que ele nasceu, aí eu vim hoje aqui e ele conseguiu pegar com a ajuda da enfermeira. Então para mim foi tudo*”(M.2.2). As potencialidades do enfermeiro como referência no cuidado em AM no cotidiano de uma UBS, também foram reconhecidas pelos demais profissionais de enfermagem e pelos próprios enfermeiros. “[...] *quando eu pego alguma dúvida ou alguém de técnico tem uma dúvida a gente sempre chama uma enfermeira ou que já fez o pré natal ou que é da área já tem um vínculo para orientar a mãe*” (TE.1.1).

Ainda com o intuito de se descrever o cuidado de enfermagem no cotidiano da UBS, foram relatados na fala dos profissionais os fatores dificultadores desse cuidar, como a falta de recursos humanos, o não comprometimento dos profissionais e a dificuldade em manter o interesse das gestantes pelo AM nas consultas de pré-natal.

Procurou-se também contextualizar com as falas dos entrevistados, como eles consideram os demais serviços de saúde ligados a rede de promoção, proteção e apoio ao AM no município. As contribuições do enfermeiro/equipe de saúde das maternidades no processo de cuidar em AM foram ressaltadas nas falas das mães que foram usuárias desse serviço no momento do nascimento do seu bebê. “[...] *you via no hospital assim, o incentivo ao aleitamento, as mães assim que não tem como, tinha mães que não tinha o biquinho do peito, então, as enfermeiras ali tentando, apoiando, incentivando*” (M.2.1). “[...] *no próprio hospital eu tive todo o aconselhamento, quando começou a querer dar o probleminha da fissura.*” (M.2.4). Os profissionais da equipe de enfermagem, também ressaltaram nas suas falas, as contribuições do enfermeiro/equipe de saúde das maternidades na promoção, incentivo e apoio ao AM. “[...] *eles fazem um trabalho*

*muito bom lá, daí quando elas vem para nós na consulta de puerpério elas estão dando show em aleitamento sabe, e querendo amamentar”* (TE.1.6).

A integralidade do cuidar em AM, não fica somente restrita aos profissionais de saúde e nos espaços das instituições de saúde. A aliança estabelecida entre a família/comunidade e os serviços de saúde, auxilia na formação de uma cultura favorável à amamentação bem como a sua prática. Na visão das mães que amamentaram ou amamentam seu filho, o apoio da família é fundamental nesse processo. Esse reconhecimento é permeado pelas ações e atitudes de apoio e cuidados vindos da mãe (avó) “[...] tive o cuidado da minha mãe que me ajudou, inclusive quando me deu aquelas fissuras e o peito endureceu, aquelas coisas, a mãe que me ajudou bastante, porque a gente mora perto, só tenho ela para me ajudar, então ela foi a mão na roda” (M.2.6), do marido “[...] e meu esposo também, sempre me auxiliando, então, sempre tive auxílio e ajuda de todos que me cercam. Que é importante.” (M.2.4).e das pessoas de seu convívio “[...] os familiares cuidam bastante, as enfermeiras também, a enfermeira aqui também ajuda bastante. Mas é mais os familiares assim, estão sempre por perto, todo dia fazendo visita” (M.2.5).

A adesão, o reconhecimento da importância do AM e a capacidade das mães em lidar positivamente com o ato de amamentar se revelou nesse contexto, tanto na visão dos profissionais de enfermagem, quanto na visão das mães.

### **Condição Causal: Revelando a complexidade do aleitamento materno em suas dimensões fisiológicas e afetivas, fundamentais para o binômio mãe/bebê**

Essa categoria é considerada como **condição causal** do fenômeno. Percebe-se nas falas das mães e profissionais de enfermagem como estes significam a importância e a complexidade do ato de amamentar. Essa significância se constitui como fator determinante para o estabelecimento do cuidado de enfermagem nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM.

Ao significar o AM, os profissionais de enfermagem e as mães, reconhecem as suas múltiplas dimensões, sendo estas, fundamentais para o binômio mãe/bebê. Na dimensão fisiológica percebe-se atribuição às propriedades biológicas específicas do leite humano, fundamentais para o crescimento e desenvolvimento dos bebês. “[...] as questões de benefícios que ela vai ter, tanto com diminuições de alergias, de doenças oportunistas, toda a parte de dentição, de fala, tudo que vai facilitar para essa criança, para ter um bom desenvolvimento.” (E.1.4),

*“[...]é o fundamental porque o leite materno é o que tem mais proteína, mais força” (M.2.2).*

Contudo, além das propriedades biológicas do leite humano, os profissionais significaram o aleitamento materno de uma forma mais abrangente, relacionando-o com as questões afetivas que envolvem o binômio mãe/bebê: *“[...] então tem toda essa questão de laço que vai criando” (E.1.13); “[...] significa não só o simbolismo do elo mãe e filho, mas também a construção do vínculo.” (T.3.6); “[...] resumindo seria amor mesmo” (TE.1.5).* Para as mães, o momento de amamentar é visto como um bem emocional para si e para o bebê, através da troca de amor proporcionado por esta prática: *“[...] é a maior alegria é a ligação entre ele. É a continuação da maternidade, continuação do estar grávida o elo em si, é tudo.” (M.2.4); “[...] não tenho palavra assim para dizer sabe. Estar amamentado ver o rostinho dele, a satisfação dele estar recebendo uma coisa de ti, ainda que ele começou a se alimentar de outras e não é a mesma coisa, porque ele sente vontade sabe, a falta de estar aqui.” (M.2.1).*

A amamentação envolve uma complexa interação de fatores socioeconômicos, culturais, familiares e psicológicos. Nesse sentido, esses aspectos foram reconhecidos nas falas dos profissionais de enfermagem, não se limitando apenas a um ato isolado e limitado à mulher.

Para um profissional, conferir significado ao AM é um ato complexo, onde não é possível generalizar o seu significado sem correr o risco de reduzir o fenômeno a somente alguns de seus determinantes, sendo essencial não perder de vista também os fatores contextuais nos quais a mãe esteja inserida.

### **Condição Causal: Significando o cuidado multidimensional de enfermagem em aleitamento materno**

Essa categoria também considerada **condição causal**, concerne às falas dos profissionais de enfermagem e das mães, uma abordagem ao significado do cuidar em AM como uma combinação multidimensional abrangendo variadas ações e integrando múltiplas relações de sujeitos, envolvendo não só o cuidado das relações profissionais e nas relações do paciente com a sua família, mas também as relações do cuidado social.

Os profissionais de enfermagem reconhecem como necessário, promover a saúde não só do bebê, mas, do binômio mãe/bebê. O apoio e cuidado à mãe se tornam um elemento essencial e indispensável à continuidade e ao estabelecimento da prática do AM: *“[...] cuidado em aleitamento materno, eu acho que primeiramente cuidar dessa mulher,*

*preparar essa mulher para a questão do aleitamento, as possibilidades e as dificuldades, acompanhá-la principalmente durante os primeiros dias que é um processo acho que mais difícil para a mãe” (C.1.7).*

Os profissionais enfatizam que este cuidado deve ser contínuo, iniciado antes mesmo da gestação, com as adolescentes nas escolas, continuado no pré-natal e prolongando durante todo o processo da amamentação, estimulando, orientando e esclarecendo as dúvidas.

Percebe-se em uma das falas dos profissionais, a atribuição ao cuidado em AM como responsabilidade exclusiva do binômio mãe/bebê, como um ato instintivo, inato e biológico. “[...] *se tu te doa totalmente amamentando o teu filho, eu acho que tu já está tendo assim um maior cuidado que tu pode ter, é o benefício nato que a mãe pode dar para o filho, vem com a natureza, entendeu?*” (E.1.6).

Também para os participantes do estudo os significados atribuídos ao cuidar em AM se mostraram permeados pelas múltiplas dimensões dessa ação. Pensado na magnitude desse cuidado, os profissionais de enfermagem assim como as mães, mostram-se preocupados em tornar esse cuidado abrangente/amplo, não ficando restrito apenas a ações isoladas. Os profissionais nas suas falas ressaltam que devem estar presentes e disponíveis, para acolher essas mães e proporcionar-lhes o cuidado da forma mais completa possível.

Para compreender a magnitude desse cuidado multidimensional se torna importante também pensar nas dificuldades encontradas e vivenciadas pelas pessoas que participam desse processo. As mães relatam dificuldades referentes à ausência de apoio e a dificuldade no manejo: “[...] *olha na minha família ninguém amamentou [...] fiquei sozinha*” (M.2.7); “[...] *só fissura, só. Porque daí sangra, dói, eles pegam e puxam, tem fome, tem que dar, a gente chora, dá e sai sangue e a gente dá e tem que dar né*” (M.2.6); “[...] *tenho 6 e não amamenteei nenhum. Não tenho leite, não tenho leite mesmo*” (M.2.8). Para os profissionais de enfermagem, a dificuldade está em compreender a relação da mãe com o processo de amamentar; “[...] *sabe que isso não é um processo lá muito fácil, então tem que ter persistência tem que querer muito*” (C.1.7); “[...] *parece que cada dia que passa está mais difícil que as mães persistam no aleitamento, a gente tem tido o dobro de trabalho para fazer o manejo para que continue amamentando*” (T.3.2).

### **Condição Interveniente: Confrontando-se com as políticas públicas em aleitamento materno**

As políticas públicas em AM abrangem diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao AM e vêm sendo

implementadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. A categoria “Confrontando-se com as políticas públicas em Aleitamento Materno” emergiu nas análises dos dados como a **condição interveniente** do estudo. O reconhecimento e o desconhecimento dessas políticas afetam as condições causais do fenômeno, facilitando, dificultando ou até restringindo as estratégias de ação/interação nos espaços múltiplo de cuidado ao AM.

Ao desvelar o desconhecimento e reconhecimento das políticas públicas em AM, verificou-se nas falas das mães, que algumas desconhecem as políticas em AM em prática no município e nas UBS onde são usuárias. O reconhecimento do Banco de Leite Humano (BLH) se fez presente nas falas de várias mães, como a política mais reconhecida por elas no município. Percebeu-se também nas falas, que as mães conseguem melhor identificar as políticas vigentes no município, mas nas UBS onde são usuárias, elas reconhecem como políticas, somente as orientações e o incentivo ao AM. Revelou-se presente na fala de uma mãe, o reconhecimento da mídia como uma política de incentivo ao AM.

No relato dos profissionais de enfermagem o desconhecimento das políticas públicas municipais, relaciona-se à sua definição como política, nesse sentido, os profissionais apresentam dúvidas se realmente algumas ações de promoção, proteção e apoio são políticas públicas, como relatadas nas falas: “[...] *agora tu me pegasse, eu não sei aleitamento? Não estou muito por dentro não, eu sei que existe os direitos da mãe de poder sair meia hora mais cedo para amamentar e tudo isso, são estimuladas as empresas para que facilitem isso para as mães, mas além disso eu não estou a par*” (E.1.13); “[...] *tem uma série de outras coisas que nas maternidades tem, mas nenhum nome específico assim*” (T.3.7); “[...] *Política pública no aleitamento? Eu não sei se entraria, porque tem a Rede Amamenta Brasil, que é um estímulo, eles levam oficinas para as Unidades. Tanto o aleitamento materno como a introdução da alimentação complementar até dois anos, e eu não sei se a licença maternidade da mãe entra também? [...] Pode ter mais, mas eu não sei bem*” (TE.1.1). Percebe-se ainda, que entre os profissionais, existem aqueles que desconhecem a existência de políticas públicas em AM na UBS.

Os Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o Projeto Mãe Canguru, a Norma de Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), a Licença Maternidade, a Semana Mundial de Amamentação, o Capital Criança, a Rede Amamenta Brasil e a Creche Amiga da Amamentação, foram (re)

conhecidas como políticas públicas em AM presentes no município e nas UBS.

Essas políticas públicas expressam por meio das falas dos entrevistados, inúmeras potencialidades para o trabalho articulado nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM da UBS. Dentre elas o trabalho de sensibilização e estímulo de todos os funcionários da UBS durante as oficinas da Rede Amamenta Brasil, por meio da problematização do processo de trabalho e valorização da experiência de vida de todos os atores envolvidos. A reorganização do trabalho da UBS de modo a praticar o acolhimento das gestantes e mães que amamentam, a garantia de agendamento de consultas para o binômio mãe/bebê através do “Programa Capital Criança” e a parceria estabelecida entre as UBS e as creches do município o para que as mães tenham a opção e continuar amamentando mesmo precisando trabalhar e deixando seu filho na creche.

Os profissionais de enfermagem também avançam o seu pensar, a sua atenção e a sua preocupação para as fragilidades dessas políticas, elencando as dificuldades que afetam a sua solidez e crescimento no cotidiano da UBS; “[...] *era para continuar, mas eu me lembro da gente ter tido um encontro só (Rede Amamenta Brasil). Ia ser feito toda uma avaliação, todo um trabalho que nos foi colocado nesse primeiro momento, a gente ficou toda empolgada enquanto equipe, mas depois a gente não teve retorno disso, ficou assim em aberto, é uma pena*” (E.1.6); “[...] *não se teve (curso sobre AM) foi só para enfermeiras*” (TE.1.10).

Salienta-se a busca pela consolidação dessas políticas por meio do planejamento de ações através do acompanhamento dos indicadores de AM e a sensibilização de mais UBS pela oficina da Rede Amamenta Brasil.

### **Estratégias de Ação/Interação: Gerenciando o cuidado para o fortalecimento do aleitamento materno**

Para promover o cuidado de enfermagem em AM, os profissionais estabelecem interações e ações que foram percebidas nesse estudo, como **ações/estratégias** para descrever o fenômeno. A enfermagem através das políticas públicas em AM procura desenvolver ações que não apenas enfoquem os aspectos técnicos e biológicos da amamentação, mas que se estenda esse cuidar para além dessas questões. É nesse sentido, com o intuito de modificar o contexto, que foram propostas nas falas do profissionais as seguintes ações/estratégias abordadas através dos processos interativos, da gerencia/liderança do cuidado e na busca pela qualificação do conhecimento.



A promoção do cuidado de enfermagem nos processos interativos tem início com a prática do acolhimento no espaço das UBS, promovendo um ambiente de escuta às necessidades das mães e da família com vistas a promover um atendimento humanizado e com melhor resolutividade. A UBS tem que estar com as portas abertas e a mãe/família não pode encontrar barreiras quando buscam ajuda.

Os profissionais de enfermagem, principalmente o profissional enfermeiro, buscam estabelecer o vínculo com a mãe no seu processo de cuidar em AM, significando como um elemento essencial para se prestar um cuidado de qualidade: “[...] *então quando a gente consegue esse vínculo, esse canal de comunicação, a gente consegue colher informações importante com relação ao aleitamento materno. Não mascara uma realidade*” (T.3.5). Essas interações são permeadas pelo diálogo com o intuito de oportunizar a horizontalidade das relações.

Percebe-se também na fala de um profissional a importância de se promover um cuidado respeitando os limites e a realidade de cada mãe: “[...] *eu trabalho muito o que aquela mãe tolera de cuidado, o que ela suporta de cuidado e o que ela quer receber de cuidado. Eu descobri que o aleitamento materno é uma decisão dela e que às vezes é inconsciente é consciente e que engloba toda a experiência de vida dela, todo contexto que ela vive*” (C.1.2). O profissional deve orientar sobre as vantagens do AM, mas cabe a mulher, a decisão. A decisão de amamentar da mulher está interligada a sua história de vida e é determinada pelas interações que ocorrem e o significado ela atribui a este ato. Na visão dos profissionais o cuidar deve estar ancorado no conhecimento e na sensibilidade em lidar com os sentimentos de cada mãe de uma forma individualizada procurando acima de tudo perceber como ela compreende o AM.

A gestão do cuidado em AM revelou-se nas falas dos enfermeiros gestores das UBS, como uma atuação em conjunto com a equipe, sensibilizando, qualificando e a motivando, através do seu conhecimento. Refere ainda que o enfermeiro gestor deva ser referência no cuidado em AM na UBS e participar desse cuidado.

A importância também de se promover a qualificação do conhecimento em AM nos profissionais como caminho para aprimorar o cuidado e modificar o contexto, se revelaram presentes nas falas dos profissionais. O profissional de saúde que atua na promoção e apoio ao AM deve desenvolver habilidade científica, técnica e de relacionamento para assistir, além da mulher, a família e a comunidade. No entanto, essa promoção do conhecimento não deve ficar restrita ao profissional, mas transmitida por meio dos grupos de gestantes para as mães e familiares;

*“[...] a gente aborda com veemência esse assunto do aleitamento materno nos grupos e elas prestam atenção sabe, a gente percebe isso” (T.3.5).*

As falas também revelam a contribuição dos tutores da “Rede Amamenta Brasil” nesse processo, uma vez que a sua função é de manter a rede articulada, acompanhar, sensibilizar e apoiar o desenvolvimento de ações em AM nas equipes da UBS e na comunidade. **Estratégias de Ação/Interação: Remetendo a fluxos, circulações e alianças, o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**

O estabelecimento de fluxos, circulações e alianças, visando tornar o cuidado de enfermagem em AM mais consolidado nas redes de promoção, proteção e apoio, emergiu no estudo também como **ações/estratégias**, com o intuito de modificar o contexto vigente.

A necessidade de ampliar a visão para os cuidados prestados através das redes de promoção, proteção e apoio ao AM, foi pensada pelos profissionais de enfermagem como ação para favorecer o cuidado à mulher no seu processo de amamentação. A articulação intersetorial por meio das políticas públicas atuantes, foi mencionada como uma estratégia para viabilizar o atendimento as mães de uma maneira integrada e contínua: *“[...] quando vem a ficha do “Capital Criança” para nós de nascimento da criança, poderia vir alguma observação: olha essa mãe teve tal coisa, essa mãe teve um mastite, essa mãe teve uma fissura” (E.1.8).* A integração do prontuário através de um sistema informatizado também foi exposto pelos profissionais como uma necessidade, uma vez que se esse sistema fosse integrado entre os hospitais e a UBS, o atendimento se daria de forma contínua e unificada.

Mencionou-se também o trabalho do “Comitê Municipal de Aleitamento Materno” como uma esperança e um desafio para promover a integração e o trabalho em rede. Esse trabalho tem como foco o AM e o seu fortalecimento através das idéias de se trabalhar em conjunto e integrar as maternidades, públicas e privadas nesse contexto: *“[...]o Comitê possa propor essas coisas e a gente começar a trabalhar mais em conjunto e mais integrado [...] essa política ainda não chegou nas maternidades privadas, eu acho que isso é um grande desafio para a Rede e é um grande desafio para o Comitê integrar isso, integrar as maternidades públicas, as privadas, com foco no AM” (T.3.1).*

Reconhecer e saber lidar com as interferências/influências enfrentadas e vivenciadas pela mulher na sua realidade durante o seu processo de amamentar, também foram sinalizadas nas falas dos profissionais como uma ação visando o AM diante dessas múltiplas

relações. Ainda como **ações/estratégias** que visam tornar o cuidado em AM mais consolidado nas redes de promoção, proteção e apoio, os profissionais propuseram pensar além das redes instituídas nos serviços de saúde, pensar nas redes que se formam na comunidade. Isso acontece através do estímulo das equipes de saúde e também da comunidade com vistas a atuar em rede a favor do AM: “[...] *a gente tem que pensar além dos serviços de saúde, pensar o que tem lá na comunidade que eu posso ter pensar como um ponto da rede como um ponto de apoio para essas mulheres*” (T.3.7); “[...] *a gente tem um projeto, que também não foi colocado em prática ainda, das “Vovós Amigas do Peito”, que é para estimular um grupo de idosas, vovós e bisavós, para que tenha também essa rede, venha também de dentro de casa esse apoio as mulheres [...] outra coisa que também é um projeto daqui que em comemoração a Semana da Amamentação que, envolveu todo o pessoal da equipe, então eu acho que isso que é importante, essa rede, esse apoio e a divulgação e quanto mais gente se interessar pelo assunto melhor*” (T.3.6).

#### **Consequências: Considerando as conexões e (des)conexões da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**

A categoria “Percebendo as conexões e (des)conexões das redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”, foi considerada como **consequência** na conformação da teoria. A rede de promoção, proteção e apoio ao AM presta ou pelo menos tem o intuito de prestar um cuidado integral no processo de amamentação. Desse modo, ela é valorizada e reconhecida pelos sujeitos do estudo para que a amamentação se efetive. No entanto são percebidos (des)conexões na trama dessa rede, mostrando a necessidade de esforços serem despendidos para entrelaçar e solidificar essa rede e consequentemente os indicadores de AM atinjam patamares mais elevados.

Para se chegar a essa categoria, foram evidenciados tanto o olhar das mães quanto o olhar dos profissionais de enfermagem integrantes dessa rede, intencionando focar nas consequências percebidas durante a promoção, proteção e apoio ao AM.

A falta de interação entre a rede hospitalar e a rede básica de saúde na continuidade do cuidar em AM, foi percebida nas falas dos profissionais de enfermagem que visualizam a descontinuidade nos serviços alegando não haver referência e contra-referência. Na visão dos profissionais, a falta de comunicação entre as diferentes instâncias, prejudica a continuidade do cuidar em AM: “[...] *quando o município é um só, as nossas gestantes são de todos e isso é muito ruim [...] precisa articulação interinstitucional nas maternidades e precisa essa*

*articulação das maternidades para os Postos de Saúde” (T.3.1); “[...] é difícil a gente trabalhar com as outras instancias porque é fragmentado, existem divergências, falta de compreensão” (T.3.3).*

Outro olhar para as interações que se estabelecem entre as pessoas dos serviços de saúde, as mães e a comunidade, possibilita evidenciar mais (des)conexões quando se pensa na construção da rede. Pensar nas pessoas como o elo de ligação para se estabelecer as conexões entre as redes, se evidenciou nas falas dos profissionais. Nesse olhar, os pontos da rede ainda estão muito frágeis necessitando serem fortalecidos para se constituírem enquanto rede e dar continuidade ao atendimento integral em AM: *“[...] não é um Centro de Saúde com uma Maternidade, claro, a gente estabelece eles como sendo pontos da rede, mas quem faz as ligações entre os pontos da rede, são as pessoas, os trabalhadores. Essa comunicação não está acontecendo, então eu penso que não está se constituindo enquanto rede fortalecida não” (T.3.7); “[...] depende ainda da iniciativa de algumas pessoas, não é uma coisa instituída, é tudo na informalidade” (T.3.2).*

Quando se buscou identificar nas falas dos entrevistados os pontos de conexão nos diversos aspectos que envolvem a rede de promoção, proteção e apoio ao AM no município percebeu-se satisfação através das falas das mães usuárias desses serviços. Às suas falas remetem à organização estrutural estabelecida na rede e a não divergência de informações/orientações experienciadas enquanto usuárias: *“[...] eu saí do Hospital com consultas marcadas, já agendadas, todas certas, fui atendida, toda dúvida que eu tinha eu consegui tirar. Eu não cheguei ainda a encontrar barreira nenhuma nessa ligação” (M.2.4); “[...] eu achei que foi bom, eles estavam realmente organizados. Eu fiz o pré-natal todo aqui, daí fui para a maternidade, aí eu só não tinha feito um exame daí eles fizeram lá e aí foi tranquilo, foi bem organizado” (M.2.5); “[...] todas as palestras que tem aqui são as mesmas que dão lá.” (M.2.8).*

Destacam-se ainda nas falas dos profissionais que as conexões estabelecidas na rede de promoção, proteção e apoio ao AM do município acontece através das políticas públicas vigentes. O “Programa Capital Criança” é considerado um elo de ligação entre as maternidades e as UBS, os profissionais conferem importância ao agendamento das consultas facilitando o retorno das mães para a UBS promovendo dessa forma um maior conforto nesse momento de recuperação pós-parto. Isso também se reflete no trabalho dos profissionais, uma vez que a UBS toma ciência das mães que tiveram os seus bebês.

## Discussão

O cuidado em AM ocorre em diversos espaços onde vivem, interagem e transitam as mulheres que estão em processo de amamentar seus filhos. O ambiente de cuidado é então caracterizado como uma junção de aspectos físicos, biológicos, científicos, culturais, sociais e econômicos, interligados em uma teia de relações onde não se exclui ou se isola as partes, uma vez que as partes exercem ação e inter-retroação contínua (MORIN, 2001).

Quando se reconhece a UBS como um espaço para o cuidado em AM o enfermeiro se torna referência nesse cuidado. Nesse sentido é requerido desse profissional competência técnica e sensibilidade para compreender a mulher no seu processo de amamentar, baseado na escuta e na ação dialógica. As relações de proximidade estabelecidas entre o enfermeiro e a mãe, devem culminar em processos interativos mútuos, valorizando o diálogo e o contato, embasados na ética e respeito à condição dessa mãe como detentora de direitos, desejos e saberes (LANZONI; et al, 2011).

No espaço da UBS existem muitos desafios entre os processos interativos. Nessas relações e interações pessoais, surgem momentos de conflitos entre os membros da equipe devido à variedade de opiniões e posturas onde alguns profissionais tentam controlar toda a organização do serviço e outros se acomodam (LANZONI; MEIRELLES, 2012).. A falta de recursos humanos também se constitui um fator dificultador do cuidado em AM onde muitos profissionais acabam por desenvolver múltiplas funções superficialmente.

A falta de interesse da gestante nas consultas de pré-natal relatada nas falas de alguns profissionais como um processo dificultador no espaço da UBS, pode estar relacionada ao modelo predominante de assistência, onde se estabelece um padrão de aleitamento para mãe e bebê, num jogo de permissões e restrições, não levando em consideração a vivência dessa mulher no seu processo de amamentação (NAKANO; et al, 2007). Muitas vezes as orientações a cerca da amamentação oferecidas nas consultas de pré-natal, propicia a idealização dessa prática, do mesmo modo que responsabiliza a mulher na tentativa de modular seu comportamento em favor da amamentação imputando-lhe a culpa pelo desmame precoce associando a agravos para a saúde do seu bebê (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Assim, se faz necessário que o enfermeiro nesse momento, escute as preocupações, temores e expectativas, da gestante, para, a partir desses conhecimentos prévios, desenvolver intervenções que certamente a deixarão mais interessadas por esse assunto.

Outro espaço de cuidado em AM na rede de proteção, promoção e apoio ao AM são as maternidades. As mulheres iniciam a sua experiência de amamentação nesses espaços. A proposta da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), institui que a amamentação deve ser adotada como política nesses hospitais e a alta hospitalar só está indicada quando essa prática se mostra efetiva amamentação (NAKANO; et al, 2007). Nesse sentido, as mães são orientadas e estimuladas a amamentar. No entanto, o tempo de permanência do binômio mãe/bebê nas maternidades muitas vezes não é suficiente para que as mulheres se sintam aptas e seguras para o manejo da amamentação no domicílio.

O cuidar em AM não fica somente restrito aos profissionais de saúde e nos espaços das instituições de saúde, nas falas das mães desse estudo, evidenciou-se que o apoio da família é fundamental nesse processo. As mulheres constroem por meio dos laços familiares, o sentido e os significados através das observações e experiências de amamentação, prática que vai aos poucos se conformando em sua cotidianidade amamentação (NAKANO; et al, 2007).. Referem que buscam acolhimento e ajuda dos maridos, das avós e pessoas do seu convívio, tanto nas tarefas domésticas quanto no cuidado relacionado ao seu processo de amamentar.

O AM como um ato complexo, envolve múltiplas dimensões e uma complexa interação de fatores. As suas múltiplas dimensões são vistas sob o ponto de vista biológico fundamental para a saúde da mãe e do bebê e sob o aspecto psíquico essencial para o estabelecimento do vínculo. Dessa maneira não se deve significar o AM sem o enquadrarmos numa totalidade que valorize “as interações e retroações entre partes e todo” (MORIN, 2006). Compreende-lo através da complexidade nos remete a considerar as influências recebidas do ambiente interno e externo, permite confrontar com incertezas e a contradições, convive com a dependência recíproca entre os fenômenos existentes e é antagônico aos mecanismos reducionistas e simplificadores (MORIN, 2003). Nesse sentido a prática da amamentação se revela em significados que ora se separam, ora se fundem e muitas vezes esses dois aspectos se associam assumindo um a denominação do outro (ALMEIDA; NOVAK, 2004). A amamentação, portanto é 100% natureza e 100% cultura, ou seja, um híbrido natureza-cultura permeado por determinantes biológicos e condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais.

O cuidado em AM assim como o seu significado também é considerado multidimensional. Pensar na complexidade desse cuidado

remete-nos a elaboração de novos saberes permitindo uma visão de mundo onde se privilegia a multiplicidade e as incertezas, considerando as diferenças e convivendo com elas. Anula as certezas e a verdade absoluta, mostra-nos que nada é previsível, nesse sentido, as ações em AM não podem ser analisadas linearmente, pois existem efeitos gerados por pequenos atos que podem desencadear outras ações.

As políticas públicas quando permeadas por esse cuidado complexo, envolvem diversos parceiros (gestores, família, profissionais de saúde e comunidade) e quando organizadas em redes são imprescindíveis para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Nesse sentido o seu conhecimento ou desconhecimento por parte dos envolvidos, facilitam ou dificultam as ações/interações nos espaços múltiplos de cuidado em AM.

O enfermeiro na gerência do cuidado demanda um papel preponderante, uma vez que articula os processos de trabalho interagindo com todos os profissionais da saúde coordenando e organização esses múltiplos espaços. Assim, o cuidado em AM deve ser visto como uma atitude ética e solidária não significando cuidar apenas das necessidades elementares e naturais da mulher no seu processo de amamentar, mas valorizar a sua liberdade e dignidade enquanto autor e criador da sua história (BACKES; et al, 2006)..

Os enfermeiros também têm o papel enquanto gestor, de promover a qualificação do conhecimento em AM no local de trabalho, compartilhando conhecimentos por meio das inter-relações com os profissionais, usuárias e comunidade. Na perspectiva da complexidade, o conhecimento não é segregado em disciplinas ou reduzido a modos simplificadores e mutiladores. O conhecimento deve se articular com os múltiplos campos disciplinares atingindo assim uma abertura necessária para unir os saberes/fazer com vistas ao cuidado em AM (MORIN, 2002).

A rede de cuidado em AM acontece em circularidade construtiva onde não são anulados os caracteres antagônicos ou concorrentes, esses caracteres se tornam complementares nos movimentos que os associam. Essa realidade permite múltiplas relações entre diferentes sistemas, e em diversos níveis, já que o todo é formado por partes e esta, por sua vez, também possui unidades menores que as compõem (MORIN, 2003).

O conceito de rede remete a fluxo, circulações e alianças, nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes. Rede é uma lógica de conexões. É uma totalidade aberta capaz de crescer em todos os lados e direções, sendo seu único elemento

constitutivo o “nó” de onde partem as diversas conexões (LATOUR, 2002).

Essa rede de cuidado em AM é construída, fortalecida e ampliada, através dos movimentos coletivos de interesses e atitudes. Tendo como ponto de partida o entrelaçamento de todo um conjunto de fatores heterogêneos, composto por objetos, pessoas, interesses políticos e sociais, que possibilita a compreensão dos processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social (LATOUR, 2002).

Nesse sentido considerar as conexões e (des)conexões da rede de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno pode ser visto como uma consequência do cuidado em AM. A separação entre ciência e sociedade, compõe um dos maiores problemas do atual paradigma de amamentação, pois a ciência se constitui de um processo de negociação em rede, demonstrando uma constante retroalimentação entre o lugar onde se realizam as práticas e o seu entorno (ALMEIDA, 1999; LATOUR, 2000).

## **Conclusão**

O cuidado de enfermagem em AM, objeto deste estudo, traduz-se no conceito de rede onde deve-se estabelecer fluxos, circulações, e alianças entre os todos os atores envolvidos. Sua trama vem sendo entrelaçada pela busca da promoção, proteção e apoio ao AM construindo com o enlace desses fios o tecer dessa rede.

Nesse sentido, a rede de promoção, proteção e apoio ao AM no município de Florianópolis, vem sendo construída, fortalecida e ampliada, através dos movimentos coletivos de interesses e atitudes. Alguns pontos estão interligados, porém muitos ainda se encontram muito frágeis, não se constituindo como rede.

Deve-se considerar que o cuidado em AM não se pode pautar somente no binômio mãe/bebê, devendo integrar e articular todos os atores envolvidos na construção dessa rede. Esse processo envolve mulheres, crianças, famílias, profissionais, interesses políticos e sociais, constituindo-se como uma combinação multidimensional, onde se exige diferentes abordagens e intervenções para uma atuação efetiva. Constitui assim, uma categoria híbrida, onde natureza e cultura não se separam.

## **Referências**

1. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.



2. Morin E. Amor, poesia, sabedoria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
3. Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1990.
4. Shimizui HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. Brasília. 2009 maio-jun; 62(3): 387-92
5. Morin E. O método 4: as idéias. Porto Alegre: Sulina; 1998.
6. Latour B. Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP; 2000.
7. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
8. Corbin J, Hildenbrand B. Qualitative Forschung. In: Allhoff R, Schaeffer D, organizadores. Handbuch Pflegewissenschaft. München: Juventa; 2003. p. 159-84.
9. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 3 ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2001.
10. Lanzoni GMM, Lessmann JC, Sousa FGM, Erdmann AL, Meirelles BHS. Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2011;64(3): 580-6.
11. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. Acta Paul Enferm. 2012;25(3):464-70.
12. Nakano AMS, Reis MCG, Pereira MJB, Gomes, FA. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15 (2).
13. Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza cultura. J Pediatr 2004; 80(5): 119-25.
14. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4. ed. Porto Alegre: Sulina 2006. 120p.
15. Morin E. Ciência com consciência. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 350p.
16. Backes DS, Sousa FGM, Mello ALSF, Erdmann AL, Nascimento KC, Lessmann JC. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 71-8
17. Morin E. O problema epistemológico da complexidade. 3. ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 2002.134p.

18. Latour B. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. *História, Ciências e Saúde. Manguinhos*. v. 11, n. 2, mai/ago, 2004.
19. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

### **5.5 – Artigo 3 – Políticas públicas e fatores associados à manutenção do aleitamento materno em uma capital do Sul do Brasil**

#### **POLÍTICAS PÚBLICAS E FATORES ASSOCIADOS À MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL**

**Giuliana Micheloto Parizoto<sup>5</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>2</sup>**

#### **RESUMO**

O estudo objetivou compreender como as mães e os profissionais de enfermagem experienciam as políticas públicas em aleitamento materno no seu processo de cuidado e relacionando com a identificação de alguns fatores associados à manutenção da amamentação. Utilizou-se as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos foram coletados em 2008, em uma amostra de 1073 crianças de 0 a 1 ano de idade. Foram calculados os fatores associados à sua manutenção da amamentação utilizando testes estatísticos. A coleta dos dados qualitativos foi realizada com 3 grupos amostrais, totalizando 31 participantes, no período de abril a agosto de 2012 e abril de 2013, por meio de entrevista semi-estruturada. Observou-se associação significativa entre aleitamento materno amamentação na primeira hora, licença maternidade e mães que não trabalham, local de consulta no serviço público de saúde e nascimento em Hospitais Amigos da Criança. Como resultado qualitativo foi apresentado uma categoria e duas subcategorias que representam a “condição interveniente”, componente do modelo paradigmático, segundo a Teoria Fundamentada nos Dados, representado pela Categoria Confrontando-se com as políticas públicas em aleitamento materno com suas subcategorias: revelando o conhecimento e o desconhecimento nas políticas públicas em

---

\* Artigo extraído da tese “Aleitamento materno e políticas públicas em Florianópolis: prevalência e significados da rede de cuidado em enfermagem” Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2013.

<sup>5</sup> Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Brasil

<sup>2</sup> Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem e PEN/UFSC. Pesquisadora do 1A CNPq. Brasil.

aleitamento materno e identificando as fragilidade e potencialidades das políticas públicas em aleitamento materno.

**Descritores:** Aleitamento materno, Políticas públicas, Cuidados de enfermagem

## **Introdução**

As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno constituem uma prioridade de saúde pública no âmbito mundial. No Brasil, atualmente, integra uma das linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e faz parte do elenco de estratégias para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, abrange diversas estratégias e vêm sendo implementadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. Essas estratégias tiveram início nos anos 80 com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, perpassando por diferentes períodos até a implantação da Rede Amamenta Brasil na Atenção Básica de Saúde atualmente transformada em Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Contudo apesar dos programas e dos profissionais de saúde incentivarem o aleitamento materno, a sua interrupção precoce, averiguada através de pesquisas realizadas em âmbito nacional, continua a ocorrer de maneira significativa em nosso país (BRASIL, 2009<sup>a</sup>; BRASIL, 2010).

Nesse sentido pesquisas epidemiológicas realizadas no âmbito municipal, contribuem para diagnosticar e propor intervenções para o planejamento em saúde, elaboração e redirecionamento de políticas mais adequadas às necessidades materno-infantil.

Do mesmo modo, as pesquisas qualitativas que visam à compreensão do significado ou a da natureza das experiências das pessoas envolvidas nesse contexto, também se tornam fundamentais nessas ações.

As abordagens quantitativa e qualitativa podem ser utilizadas como complementares para abranger toda a realidade observada. As duas abordagens permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspectos, a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

Conforme o exposto e por meio das abordagens quantitativa e qualitativa, emergiu a seguinte questão norteadora: Como as mães e os profissionais de enfermagem experienciam as políticas públicas em aleitamento materno no seu processo de cuidado e como estas se relacionam com os fatores associados à manutenção da amamentação. Objetiva-se com esse estudo, compreender como as mães e os profissionais de enfermagem experienciam as políticas públicas em aleitamento materno no seu processo de cuidado relacionando com a identificação de alguns fatores associados à manutenção da amamentação.

## **Métodos**

Esse estudo é parte da tese intitulada “Aleitamento materno e políticas públicas em Florianópolis: prevalência e significados da rede de cuidado em enfermagem” e utiliza as abordagens quantitativa e qualitativa.

Na abordagem quantitativa procedeu-se a um estudo descritivo correlacional, utilizando os dados secundários da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF) realizada em 2008, no município de Florianópolis/SC. Os cenários deste estudo foram as Unidades Básicas de Saúde e Unidades Volantes do município, que participaram da segunda etapa da campanha de vacinação.

Para a realização dos inquéritos adotou-se amostras por conglomerados com sorteio em dois estágios, pois o município possui uma população superior a 4000 crianças menores de um ano estipulando-se um tamanho fixo de amostra de 1000 crianças (INSTITUTO DE SAÚDE, 2009). A amostra do estudo constituiu-se de 1073 crianças menores de um ano de idade, onde 988 estavam acompanhadas pelas mães.

Esse inquérito foi composto predominantemente por questões fechadas sobre o consumo de leite materno, outros tipos de leite e alimentos no dia anterior à coleta de dados. Analisou-se também os padrões da alimentação infantil segundo as características da população, onde foram coletadas informações sobre as crianças e suas mães e ainda, para aquelas crianças acompanhadas pelas mães foram dirigidas questões referentes à situação de nascimento da criança, utilização da rede básica de saúde do município e dados socioeconômicos e demográficos (BRASIL, 2009a).

A pesquisa foi aprovada pela Secretaria de Estado da Saúde – Coordenadoria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde – Instituto de Saúde – Comitê de Ética, protocolo: 001/08 com parecer expedido pelo Ministério da Saúde (MS) - Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), ofício nº 970 CONEP/CNS/MS, Expediente MS nº 25000.071882/2008-84, Registro CONEP nº 14814.

Os dados foram tratados estatisticamente por meio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 19.0. Foram calculadas a presença/ausência de associações entre a manutenção do aleitamento materno e as variáveis independentes (amamentação na primeira hora, trabalho materno e licença maternidade, local de nascimento e local das consultas do bebê), sendo a significância avaliada através do teste *qui-quadrado* adotando-se  $p < 0,05$  como nível de significância.

Na abordagem qualitativa utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar os fenômenos que são descobertos, conceituados e verificados pelo processo de coleta e análise dos dados simultaneamente.

A Rede Básica de Saúde do município de Florianópolis/SC foi cenário da pesquisa, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o nº 2108/12. Os critérios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitados em todas as etapas da pesquisa (BRASIL, 1996).

O processo de coleta e análise dos dados aconteceu com 3 grupos amostrais, totalizando 31 participantes. O primeiro grupo amostral foi formado por 14 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, enfermeiro coordenador da UBS), os quais apontaram a formação do segundo grupo, composto por 10 mães usuárias das UBS. Visando a comparação de dados e a confirmação de hipóteses o terceiro grupo foi formado por sete enfermeiros que participaram da oficina de capacitação de tutores da Rede Amamenta Brasil e que estavam vinculados a Secretaria Municipal de Saúde. O anonimato dos participantes foi garantido por meio de identificação do entrevistado por letras correspondentes a sua função, seguida de números ordinais correspondentes ao grupo amostral e ordem de ocorrência da entrevista (ex: E.1.3).

Os dados foram coletados em dois períodos distintos, em abril de 2012 até o início de agosto de 2012 onde foram entrevistados o primeiro e o segundo grupo amostral e em abril de 2013, onde foi entrevistado o terceiro grupo amostral, por meio de entrevista individual, semi-estruturada, utilizando-se do recurso de gravação digital de voz para o registro das falas. As entrevistas foram concedidas pelos participantes mediante explicação do objetivo da pesquisa e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

O processo analítico foi construído conforme o modelo paradigmático, constituído por cinco componentes (contexto, causa, condição interveniente, estratégias e consequências) que explicam o fenômeno. Os dados a serem apresentados e discutidos nesse artigo referem-se à condição interveniente do modelo, representado pela categoria “Confrontando-se com as políticas públicas em Aleitamento Materno” integrada por duas subcategorias: revelando o conhecimento e o desconhecimento nas políticas públicas em aleitamento materno municipais/UBS e identificando as fragilidade e potencialidades das políticas públicas em aleitamento materno.

## **Resultados e Discussão**

No estudo quantitativo, após as análises realizadas para verificar os fatores associados à manutenção do aleitamento materno, contatou-se que as variáveis: amamentação na primeira hora após o nascimento e mães que estão sob licença maternidade ou que não trabalham fora de casa apresentaram associação altamente significativa ( $p < 0,001$ ). Essas variáveis se relacionam com as políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

O “Passo 4” dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, preconizados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) corresponde ao contato pele a pele vivenciado na amamentação na primeira hora. Os Dez Passos são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, visando atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho do parto e parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade. São também úteis para capacitar a equipe hospitalar e informar sobre as vantagens e o correto manejo do aleitamento materno e sobre as desvantagens do uso dos substitutos do leite materno, das mamadeiras e das chupetas, entre outros (BRASIL, 2011a). No município de Florianópolis essa estratégia

contempla dois Hospitais com leitos de maternidade e 75,5% das crianças entrevistadas, mamaram na primeira hora após o parto.

A amamentação na primeira hora, favorece a interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida. Esse contato é importante para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, aumento da duração do aleitamento materno e redução da mortalidade neonatal, além de outras vantagens (BOCCOLINI; et al, 2011).

Mães que não trabalhavam ou que desfrutaram do direito à licença maternidade também amamentaram por mais tempo. A legislação brasileira de apoio à mãe trabalhadora cobre um período considerado importante, contemplando a garantia do emprego desde a gestação, a licença remunerada, o apoio à prática do aleitamento materno e a presença de acompanhante durante o parto e no período pós-parto (BRASIL, 2010b). O artigo 7º, inciso XVII da Constituição, garante a licença à gestante sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias. O artigo 10º das Disposições Transitórias proíbe a dispensa sem justa causa da gestante desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto. A lei nº 11.770, de 2008, ampliou a licença maternidade para seis meses, de forma facultativa, tanto para as trabalhadoras da esfera privada quanto para as da esfera pública (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem que muitas mulheres praticam o desmame de seus bebês antes do período recomendado, pois muitas vezes não contam com o apoio de seus patrões/empregadores para manter a amamentação após o retorno ao trabalho com o fim da licença-maternidade. Nesse sentido a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno fortaleceu e expandiu a estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, uma ação que consiste em criar nas empresas públicas e privadas uma cultura de respeito e apoio à amamentação como forma de promover a saúde da mulher trabalhadora e de seu bebê, trazendo benefícios diretos para a empresa e para o país (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, estimula-se nas empresas a criação das salas de apoio amamentação que é um incentivo para que a mulher siga amamentando, sentindo-se ao mesmo tempo mais tranqüila e disposta para realizar suas tarefas profissionais. A atenção Básica do município de Florianópolis desenvolve o Projeto Creche Amiga da Amamentação, em parceria com as creches municipais, a qual contempla um espaço para que as mães amamentem ou deixem armazenado o leite materno para que seja oferecido aos seus filhos no período em que lá permanecerem (FLORIANÓPOLIS, 2013).



As variáveis, local das consultas e local de nascimento do bebê, apresentaram associação significativa ( $p < 0,05$ ) com a manutenção da amamentação. As mães que levam seus filhos para serem acompanhados nos serviços públicos de saúde e as mães que tiveram seus filhos em maternidades com o título “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” amamentaram por mais tempo.

Essa constatação vem ao encontro do que relatam os estudos realizados em diferentes países onde afirmam que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança é uma ação extremamente efetiva e que leva ao incremento da prevalência e duração da amamentação exclusiva e total (TOMA; REA, 2008). Outro estudo revela que o nascimento em hospitais com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança é um fator de proteção para a amamentação exclusiva, uma vez que crianças que nascem em hospitais sem o referido título apresentam 2,2 vezes mais chance de receber outro alimento precocemente (VENÂNCIO; et al, 2002).

As práticas facilitadoras da amamentação aconteceram nesse estudo com maior frequência, em serviços públicos, o que nos leva a acreditar ser uma influência das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno respaldados pelas políticas públicas vigentes.

Diante desses resultados, apresenta-se a seguir os dados da parte qualitativa do estudo e respectiva discussão para atender os objetivos propostos para construção deste artigo.

Na análise dos dados qualitativos, conforme o modelo paradigmático da TFD emergiu como condição interveniente a categoria “Confrontando-se com as políticas públicas em aleitamento materno”. As condições intervenientes interferem nas condições causais do fenômeno, facilitando, dificultando ou até restringindo as estratégias de ação/interação nos espaços múltiplos de cuidado ao aleitamento materno. Essa categoria foi composta por duas subcategorias: revelando o conhecimento e o desconhecimento nas políticas públicas em aleitamento materno e identificando as fragilidade e potencialidades das políticas públicas em aleitamento materno.

Na subcategoria **“Revelando o conhecimento e o desconhecimento das políticas públicas em aleitamento materno”**, os Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o Projeto Mãe Canguru, a Norma de Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, a Licença Maternidade, a Semana Mundial de Amamentação, o Capital Criança, a Rede Amamenta Brasil e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e a Creche Amiga da Amamentação,

foram reconhecidas como políticas públicas em aleitamento presentes no município e nas UBS nas falas dos entrevistados.

No entanto revelou-se nas falas de algumas mães e profissionais, o desconhecimento das políticas públicas em aleitamento em prática no município e nas Unidades Básicas de Saúde.

*“[...] eu acredito que não tem nada funcionando aqui, se não a gente estaria recebendo um treinamento ou estar participando dessas palestras” (TE.1.11).*

Os resultados das políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil, ocupam lugar de destaque no cenário internacional. Atualmente essas políticas contemplam as seguintes estratégias: a Rede Amamenta Brasil, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Proteção Legal ao Aleitamento Materno, a Mobilização Social e o Monitoramento dos Indicadores de Aleitamento Materno<sup>(13)</sup>. O reconhecimento dessas políticas públicas tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas usuárias dos serviços de saúde é de suma importância para o desenvolvimento e estabelecimento das ações pró-amamentação.

No relato dos profissionais de enfermagem o desconhecimento das políticas públicas presentes no município, está relacionado à sua definição como política, nesse sentido, os profissionais apresentam dúvidas se realmente algumas ações de promoção, proteção e apoio são políticas públicas, como relatadas nas falas:

*“[...] agora tu me pegasse, eu não sei aleitamento? Não estou muito por dentro não, eu sei que existe os direitos da mãe de poder sair meia hora mais cedo para amamentar e tudo isso, são estimuladas as empresas para que facilitem isso para as mães, mas além disso eu não estou a par” (E.1.13).*

*“[...] tem uma série de outras coisas que nas maternidades tem, mas nenhum nome específico assim. Tem algumas iniciativas isoladas, mas com nenhuma política pública estabelecida” (T.3.7).*

Através das falas, percebe-se que os profissionais conferem importância ao aleitamento materno, mas a atitude de desconhecimento das políticas públicas, nos remete a questionar se essa falta de conhecimento pode ser um obstáculo à amamentação, uma vez que as ações pró-amamentação estão respaldadas pelas políticas públicas vigentes. Sabe-se que atitudes positivas com relação ao aleitamento

materno são muito importantes para a sua promoção, no entanto, o conhecimento sobre o assunto é fundamental. Nesse sentido ressalta-se importância de ações educativas para aumentar esse conhecimento e melhorar as atitudes desses profissionais em favor a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Diante das falas de várias mães, revelou-se o reconhecimento do Banco de Leite Humano como uma política pública em aleitamento em prática no município;

*“[...] o Banco de Leite, isso aí eu ouvi falar na Maternidade, lá eu sei, só lá” (M.2.6).*

*“[...] eu sei que tem um Banco de Leite na Carmela, eu ia só que eu sei assim que eles lá incentivavam só o que eu conheço assim” (M.2.2).*

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é a maior e a mais complexa do mundo, composta por 332 unidades sendo 210 Bancos de Leite Humano e 122 postos de coleta (BRASIL, 2013b). A sua sustentação está centrada na ação coordenada, na pesquisa e no desenvolvimento tecnológico (BRASIL, 2013a). Tem por missão a promoção da saúde da mulher e da criança mediante a integração e a construção de parcerias com órgãos federais, a iniciativa privada e a sociedade (BRASIL, 2013b).

Verificou-se também, que as mães têm uma percepção maior das políticas públicas vigentes nas maternidades, reconhecendo somente as orientações sobre o aleitamento materno, como sendo as políticas públicas presentes nas Unidades Básicas de Saúde onde são usuárias.

Essa percepção pode estar relacionada com a história das políticas públicas brasileiras, uma vez que as políticas públicas vigentes nos hospitais são mais antigas e conseqüentemente mais fortalecidas e presentes no cotidiano das mulheres entrevistadas. A criação da portaria sobre alojamento conjunto nas maternidades, a aprovação do código denominado “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)”, o estabelecimento de normas para implantação e funcionamento de Bancos de Leite Humano e a licença maternidade com duração de 120 dias, tiveram seu início na década de 1980. Logo no início da década de 90, foi implementada pelo Ministério da Saúde brasileiro a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (REA, 2003).

Também se revelou na fala de uma mãe, o reconhecimento da mídia como uma política de incentivo ao AM;

*“[...] só o que a gente vê na televisão, as propagandas, o incentivo” (M.2.10).*

A mídia tem poder de persuasão e consegue influenciar os aspectos da vida do ser humano. As propagandas transmitidas na TV, nos jornais, na internet ou mesmo no rádio conseguem transmitir uma imagem que poderá refletir no comportamento das pessoas que estão em contato com esse meio. A mídia por meio de campanhas bem elaboradas estava presente entre aspectos mais importantes do programa brasileiro pró-amamentação de 1981, contribuindo para o aumento da duração da mediana da amamentação na primeira avaliação em 1986.

Na subcategoria **“Identificando as fragilidade e potencialidades das políticas públicas em aleitamento materno”**, os entrevistados expressaram nas suas falas, inúmeras potencialidades para o trabalho articulado nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na Unidade Básica de Saúde. Dentre elas o trabalho de sensibilização e estímulo de todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde durante as oficinas da Rede Amamenta Brasil, por meio da problematização do processo de trabalho e valorização da experiência de vida de todos os atores envolvidos.

*“[...] só de fazer pensar já é uma forma de você mudar um pouco de você melhorar. Então no momento que teve aquela época do treinamento da tutoria e que vieram fazer as oficinas, só o fato de fechar o Posto e vamos falar sobre aleitamento materno foi o que foi feito, muita gente falou “fechar o Posto para falar de leite materno? mas depois cada um foi utilizando a informação que teve aqui para alguma coisa” (T.3.5).*

A metodologia utilizada é o grande diferencial da Rede, apoiando-se nos princípios da educação permanente, respeitando à visão de mundo dos profissionais e as especificidades locais e regionais. Essa estratégia se propõe a aumentar os índices de amamentação no País a partir da circulação e troca de informações entre os diversos atores envolvidos, capacitando os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno. Desse modo, o profissional que atua junto à mulher que amamenta deve ter habilidade científica, técnica e de relacionamento para assistir a extensa rede sociobiológica do aleitamento materno. Os conhecimentos adquiridos são provenientes do senso comum e de suas experiências pessoais. Assim, a importância de valorizar esses diferentes conhecimentos, favorece um elo de complementaridade entre o saber científico e o saber popular (BRASIL, 2011b).

O agendamento da consulta neonatal precoce entre o quinto e o sétimo dia de vida, com dia e hora marcados para o médico e enfermeira de família da UBS de sua área de abrangência, promove a vinculação do recém-nascido à Atenção Primária e é visto como uma potencialidade dessa política pública.

*“[...] independente se nasce no privado ou não, vem a consulta agendada para o posto enviada pelo “Capital Criança” (C.1.9).*

O Programa Capital Criança faz parte da ação governamental da prefeitura municipal de Florianópolis, SC desde 1997. É desenvolvido nas unidades básicas de saúde do município, em articulação com as demais instituições que prestam atendimento nos seus diferentes níveis de complexidade, à mulher no processo gravídico-puerperal e à criança de zero a dez anos de idade, buscando a reformulação da atenção, principalmente através do monitoramento dos nascimentos e priorização do atendimento desse grupo (COELHO; et al, 2004).

A parceria estabelecida entre as Unidades Básicas de Saúde e as creches do município, para que as mães tenham a opção de continuar amamentando mesmo precisando trabalhar e tendo que deixar seu filho na creche, também se fez presente nas falas dos entrevistados como políticas públicas vigentes:

*“[...] há algum tempo atrás, pensou em creche pensava em desmamar o bebê e agora não, a gente está vendo isso com outros olhos, porque não ajudar essa mãe a manter o aleitamento materno mesmo com a criança indo para a creche e ela voltando ao trabalho” (T.3.3).*

*“[...] é oferecer a pessoa tem que ter o livre arbítrio e ela têm que ter aquilo a disposição dela para que se quiser fazer ela não tenha empecilhos para fazer isso, ela tenha a opção de escolher. Então a Creche Amamenta ela trabalha dentro dessa linha.” (C.1.2).*

A implantação do Projeto Creche Amiga da Amamentação conta com a parceria do Programa Saúde na Escola da Secretaria Municipal de Educação e tutoras da Rede Amamenta Brasil e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Esse projeto contempla um espaço para que as mães amamentem seus filhos nestas Unidades Escolares ou deixem armazenado o leite materno para que seja oferecido aos seus filhos no período em que lá permanecerem (FLORIANÓPOLIS, 2013).

Os profissionais de enfermagem avançam também o seu pensar, a sua atenção e a sua preocupação para as fragilidades dessas políticas,

elencando as dificuldades que afetam a sua solidez e crescimento no cotidiano da Unidade Básica de Saúde.

A ausência do trabalho multiprofissional e a descontinuidade das capacitações em saúde com vistas às políticas públicas foram descritas nas falas os profissionais, como um fator dificultador:

*“[...] era para continuar, mas eu me lembro da gente ter tido um encontro só (Rede Amamenta Brasil). Ia ser feito toda uma avaliação, todo um trabalho que nos foi colocado nesse primeiro momento, a gente ficou toda empolgada enquanto equipe, mas depois a gente não teve retorno disso, ficou assim em aberto, é uma pena” (E.1.6).*

*“[...] não se teve (curso sobre AM) foi só para enfermeiras” (TE.1.10).*

*“[...] eu acho que ainda temos muitos médicos que não acreditam no aleitamento, que é muito mais fácil, que é muito mais fácil dar fórmula, que é muito mais fácil acalmar a mulher com uma fórmula, não dando espaço para ela amadurecer no processo de amamentar” (T.3.1).*

O desenho das organizações vigentes, com suas políticas e práticas enraizadas, só irão se transformar se houver modificação na forma do pensamento e interação do trabalhador nas equipes. Todos os profissionais de saúde têm o compromisso de operar mudanças e transformações através da prática do cuidado. Um grande desafio é o enfoque interdisciplinar no exercício profissional considerando os diversos olhares e situações, buscando uma visão integral e dinâmica do cuidado (ERDMANN; et al, 2006).

Salienta-se também nas falas a busca pela solidificação dessas políticas por meio do planejamento de ações através do acompanhamento dos indicadores de AM e a sensibilização de mais Unidades Básicas de Saúde pela oficina da Rede Amamenta Brasil e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

*“[...]a gente tem ferramentas no próprio Info, que é uma coisa que nos obriga, porque nos obriga mesmo, se você abrir um prontuário e você não preencher aquilo, ele não fecha, você tem que preencher... gente tem um instrumento legal aqui para boas práticas da alimentação de uma forma geral e olhar para o aleitamento materno.” (T.3.5).*

*“[...] já foi feito oficina na maior parte das Unidades, a gente tem 50 Centros de Saúde e eu*

*não sei te dizer um número específico, mas a maioria deles já foi feita a oficina, então já desenvolvem ações. E todas as Unidades de Saúde de Florianópolis fazem planejamento, aliás, 45 das 50, nesse ano as outras 5 também já estão fazendo. Aí no planejamento deles já inclui as ações pensando, acompanha os indicadores de aleitamento materno. Porque aqui no município como a gente já trabalha com a programação de saúde das Unidades então o planejamento da Rede Amamenta quando eles fazem oficinas, é casado com o planejamento deles.” (T.3.7).*

O monitoramento dos indicadores de aleitamento materno é uma das maneiras de se avaliar o impacto das ações de promoção, proteção e apoio desenvolvidas. A Atenção Básica, visando elevar os índices de aleitamento materno nesse seguimento, instituiu em 2008 a Rede Amamenta Brasil e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, uma vez que as políticas públicas estavam centradas na rede hospitalar. Essa rede pode ser comparada a uma malha de múltiplos fios, que se espalha indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum de seus nós seja considerado principal ou central (BRASIL, 2011b). Assim o incentivo da capilarização da Rede Amamenta Brasil no município, favorece e potencializa a prática do aleitamento a nível local.

## **Conclusão**

Diante do exposto evidencia-se na análise dos dados quantitativos, que algumas políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno presentes no município, contribuem para que as crianças fossem amamentadas por mais tempo. Dentre elas, duas variáveis estavam relacionadas com a atenção no âmbito hospitalar o que nos leva a constatar que essas políticas por serem mais antigas estão mais enraizadas fortalecidas e presentes no cenário da amamentação municipal, destacando-se como fatores associados à manutenção da amamentação.

Do mesmo modo, quando se buscou a compreensão através dos dados qualitativos, essa constatação foi confirmada, uma vez que os profissionais e as mães reconhecem a existência das políticas públicas mais antigas e de âmbito hospitalar.

Depreende-se também através dos dados qualitativos, que ações estão sendo despendidas para favorecer as mulheres trabalhadoras do município, sendo confirmado pelos resultados quantitativos.

A Atenção Básica de Saúde por meio das políticas públicas implantadas recentemente está em busca da construção de um caminho com vistas para o desenvolvimento de ações pró-amamentação que visem o controle dos fatores de risco local, com a participação de profissionais de saúde mais capacitados na prática do manejo da lactação e na escuta das vivências e dúvidas maternas.

## Referências

1. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v7. 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 51 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros: Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
4. Bruggemann OM, Parpinelli MA. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 563-568.
5. Instituto de Saúde, /SES /SP Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação. Projeto Amamentação e Municípios – Manual do Coordenador Municipal/Supervisor. São Paulo, 2009. 14 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília; 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>> Acesso em: 30 abril 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.
8. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev Saude Publica 2011; 45(1):69-78



9. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica Conjunta N<sup>o</sup> 01/2010 ANVISA e Ministério da Saúde. Assunto: Sala de apoio a amamentação em empresas. Brasília, 2010b.
10. Florianópolis. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias. Conheça um pouco mais do Programa Capital Criança. 2012. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notipagina&noti=6731>>. Acesso em: 22 maio 2013.
11. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2, 2008
12. Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2002;36 (3):313-8.
13. Brasil Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>>. Acesso em: 05 junho 2013a.
14. Brasil Ministério da Saúde FIOCRUZ. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>> Acesso em: 05 junho 2013b.
15. Rea, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1): S37-S45, 2003.
16. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010). – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
17. Coelho RCHA, Santos EKA, Tavares AM, Tobias LT, Fischer RJ. Programa capital criança: resgatando a cidadania. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Florianópolis. Editora Insular. Florianópolis, 2004.
18. Erdmann AL. et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. Rev.Texto Contexto Enferm. V.15, n.3, p.483-491, jul-set, 2006.



## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao final deste estudo, teço algumas considerações a respeito do conjunto de resultados apresentados, de modo a abordar as principais descobertas que vão ao encontro dos objetivos, as principais limitações e as recomendações advindas dos produtos finais.

Ao se concluir a análise dos resultados da abordagem quantitativa deste estudo, verifica-se que o AM em crianças menores de um ano de idade no município de Florianópolis ainda está distante do preconizado, contudo, evidenciaram-se vários fatores que contribuem para a sua manutenção e que devem ser potencializados para aumentar o tempo do AM no município.

À medida que a idade da criança avança, são agregados fatores favoráveis ao desmame refletindo na diminuição do tempo do AM. A tendência das crianças mais novas serem amamentadas nos remete a refletir que as políticas mais antigas presentes no município e voltadas para o estabelecimento da amamentação nas maternidades estão mais consolidadas. No entanto, somente as ações isoladas dessas políticas, não são suficientes para manutenção da prática do AM por um tempo prolongado. As políticas de promoção, proteção e apoio ao AM materno presentes na rede básica do município encontram-se ainda em fase de construção, portanto há necessidade da sua consolidação e articulação com as políticas estabelecidas a nível hospitalar. Também há necessidade, dos serviços privados de saúde se articularem com os serviços públicos do município e estabelecerem práticas que favoreçam o AM.

O cuidado de enfermagem em AM, objeto da abordagem qualitativa desse estudo, traduz-se no conceito de rede onde deve-se estabelecer fluxos, circulações, e alianças entre os todos os atores envolvidos. Sua trama vem sendo entrelaçada pela busca da promoção, proteção e apoio ao AM construindo com o enlace desses fios o tecer dessa rede.

Nesse sentido, a rede de promoção, proteção e apoio ao AM no município de Florianópolis, SC, vem sendo construída, fortalecida e ampliada, através dos movimentos coletivos de interesses e atitudes. Alguns pontos estão interligados, porém muitos ainda se encontram muito frágeis, não se constituindo como rede.

Deve-se considerar que o cuidado em AM não se pode pautar somente no binômio mãe/bebê, devendo integrar e articular todos os atores envolvidos na construção dessa rede. Esse processo envolve mulheres, crianças, famílias, profissionais, interesses políticos e sociais,

constituindo-se como uma combinação multidimensional, onde se exige diferentes abordagens e intervenções para uma atuação efetiva. Constitui assim, uma categoria híbrida, onde natureza e cultura não se separam.

Diante do exposto evidencia-se ainda na análise dos dados quantitativos, que algumas políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno presentes no município, contribuem para que as crianças sejam amamentadas por mais tempo. Dentre elas, duas variáveis estão relacionadas com a atenção no âmbito hospitalar, o que nos leva a constatar que essas políticas por serem mais antigas estão mais enraizadas, fortalecidas e presentes no cenário da amamentação municipal, destacando-se como fatores associados à manutenção da amamentação.

Do mesmo modo, quando se busca a compreensão através dos dados qualitativos, essa constatação é confirmada, uma vez que os profissionais e as mães reconhecem a existência das políticas públicas mais antigas e de âmbito hospitalar.

Depreende-se também através dos dados qualitativos, que ações estão sendo despendidas para favorecer as mulheres trabalhadoras do município, sendo confirmado pelos resultados quantitativos.

A Atenção Básica de Saúde por meio das políticas públicas implantadas recentemente está em busca da construção de um caminho com vistas para o desenvolvimento de ações pró-amamentação que visem o controle dos fatores de risco local, com a participação de profissionais de saúde mais capacitados na prática do manejo da lactação e na escuta das vivências e dúvidas maternas.

Conclui-se com esse estudo a confirmação da tese que sustento: **os estudos epidemiológicos locais são fundamentais para diagnosticar e direcionar ações e estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e o cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade, que se organiza nas redes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, acontece por meio das relações e interações entres os atores envolvidos.**

A limitação desse estudo advém por se tratar de um tema complexo que envolve uma multiplicidade de conceitos, fenômenos e significados que foram explorados apenas em uma realidade. Por outro lado, conhecer a realidade local é indispensável para estabelecer e difundir estratégias que incentivam e propiciam a prática do AM e direcionar medidas de intervenção.

Recomenda-se que o cuidado nas redes de promoção, proteção e apoio ao AM seja explorado nos seus diversos ambientes com vistas a promover a articulação através dos seus elos de ligação com o intuito de

intervir e proporcionar um aporte de qualidade para todos os seus componentes.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999. 200 p.
- BACKES, D. S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. Esp, p. 71-78. 2006.
- BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev bras enferm.**, Brasília, v.62, n.3, p. 381-386, maio./jun. 2009.
- BOFF, L. **Ethos mundial**: um consenso mínimo entre os humanos. Rio de Janeiro: Sextante, 2003. 131 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN. **Programa nacional de incentivo ao aleitamento materno**. Brasília; 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: 2002. 28 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: 2004. 88 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006, v7. 2ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 51 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Rede amamenta Brasil**: caderno do tutor. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 118 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 108 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros**:

Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 63 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 58 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: Ministério da Saúde 2011b. v

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Notícias. Brasília: 2011c. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3148/162/ministerio-o-reconhece-acoes-que-promovem-aleitamento.html>>. Acesso em: 28 abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html> . Acesso em: 18 abril 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede brasileira de bancos de leite humano**. Disponível em:

<<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377>>. Acesso em: 12 abril 2013b.

BRASIL. Secretaria de Relações Institucionais. Secretaria Geral da Presidência da República. **Guia de apoio para o alcance das metas – Agenda de compromissos dos objetivos de desenvolvimento do milênio** - Governo Federal e Municípios 2013-2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 93 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>> Acesso em: 30 abril 2013.

CARVALHARES, M. A. B. L; PARADA, C. M. G. L; VENÂNCIO, S. I. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.5, p. 430–436, 1998.

COELHO, R. C. H. A.; et al. **Programa capital criança**: Resgatando a cidadania. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Florianópolis. Editora Insular. Florianópolis, 2004. 192 p.

CORBIN, J. ; HILDENBRAND, B. Qualitative Forschung. In: ALLHOFF, R.; SCHAEFFER, D. **Handbuch Pflegewissenschaft**. München: Juventa, 2003. p.159-184.



- COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. 282 p.
- DANTAS, C. C; et al. Teoria fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.
- ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem**. Pelotas: UFPel. 1996.
- FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007-2010**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. 100 p.
- FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Notícias. Conheça um pouco mais do Programa Capital Criança. 2012. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notipagina&noti=6731>>. Acesso em: 22 maio 2013.
- FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Turismo, Cultura e Esporte. **A cidade**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/>. Acesso em: 27 abril 2013a.
- FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Regionais e unidades locais de saúde**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>. Acesso em: 27 abril 2013b.
- GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978. 164 p.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. **Florianópolis-SC**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 abril 2013.
- INSTITUTO DE SAÚDE, /SES /SP **Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação**. Projeto Amamentação e Municípios – Manual do Coordenador Municipal/Supervisor. São Paulo, 2009a. 14 p.
- INSTITUTO DE SAÚDE, /SES /SP **Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação**. Projeto Amamentação e Municípios – Manual do Entrevistador. São Paulo, 2009b. 21 p.
- KLOCK, P. et al. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: “importando-se com o outro”. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 452-9, out./dez. 2007.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. 152 p.

LATOUR, B. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo, Editora UNESP, 2000.

LATOUR, B. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. **História, Ciências e Saúde**. Manguinhos. v. 11, n. 2, mai/ago, 2004.

MARQUES, M. B. Discursos médicos sobre seres frágeis. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 88 p.

MELLO, A. L. S. F. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. 2005. 319 f. (Tese Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2005.

MELLO, A. L. S. F.; KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. **Teoria fundamentada nos dados**: material instrucional, 2008.

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O. **Estatística básica**. 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 540 p.

MORIN, E. **Amor, poesia, sabedoria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 68 p.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. 3. ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 2002. 134p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 350p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11. ed. São Paulo. Cortez, Brasília, DF: UNESCO. 2006a. xx p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina 2006b. 120p.

MORIN, E. **O método IV**. As idéias: habitat, vida, costumes, organização. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011. 320 p.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**. Repensar a reforma, reformar o pensamento. 3 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. xx p.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1): 537-545, 2003.

SHIMIZUI, H. E, LIMA, M. G; As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.62, n. 3, p. 387-392, 2009.

SILVA, A. A. M. **Amamentação**: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. 1990. 228 f. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: 1990.

SILVA, I. A. Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. **Rev Bras Enferm**, v. 53, n. 2, p. 169-70, 2000.

SILVA N. N. **Amostragem probabilística**: um curso introdutório. São Paulo: EDUSP, 1999. 128 p.

Sydrônio, K. ; Souza, I. E. O. ; Almeida, J. A. G. Amamentação e enfermagem: análise descritiva e relevância da produção de pós-graduação. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 1, p. 107-112, 2006.

SOUSA, G. F. M. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde**: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. 333 f. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2008.

SOUZA, L. M. B. M.; ALMEIDA, J. A. G. **História da alimentação do lactente no Brasil**: do leite fraco à biologia da excepcionalidade. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 117 p.

SOUZA, M. L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 6, p. 266-270, 2005.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância. Declaração de Innocenti: Sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno; 1990. Disponível em: <<http://www.unicef.org>> Acesso em: 15 abril 2013.



**ANEXOS**

## ANEXO A – Questionário AMAMUNIC

**INSTITUTO DE SAÚDE/ SES-SP**  
**Projeto Amamentação e Municípios - 2009**

<b>Nº</b> _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		<input type="checkbox"/> RECUSA	
<b>01-DATA:</b> ____/____/____		<b>02-ENTREVISTADOR:</b> _____	
<b>03-MUNICÍPIO:</b> _____		<b>04-UF:</b> _____	
<b>05-LOCAL DE VACINAÇÃO:</b> _____		<b>06-ÁREA</b> <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
<b>07- DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA</b> ____/____/____ <input type="checkbox"/> Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)			
<b>08- SEXO DA CRIANÇA:</b>		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
<b>09- QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?</b>		<input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro ou nenhum parentesco	
<b>10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O (A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)</b> </div>			
<b>11-TOMOU LEITE DE PEITO?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q. 13) <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 13)	
<b>12-QUANTAS VEZES?</b>		____ (Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>13-TOMOU ÁGUA?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>14-TOMOU CHÁ?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>15-TOMOU OUTRO LEITE?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.17) <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q. 17)	
<b>16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE (Leia as alternativas e assinale apenas uma)</b>			
<input type="checkbox"/> Só durante o dia? <input type="checkbox"/> Só à noite? <input type="checkbox"/> De dia e de noite? <input type="checkbox"/> Não Sabe			
<b>17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/Q.26) <input type="checkbox"/> Não Sabe (PASSE P/Q.26)	
<b>20-QUANTAS VEZES? <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais <input type="checkbox"/> Não Sabe</b>			
<b>21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)</b>			
<input type="checkbox"/> Igual à da família? <input type="checkbox"/> Preparada só para a criança? <input type="checkbox"/> Industrializada (de potinho)? <input type="checkbox"/> Não Sabe			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Q.21</b> — — — — (Código para Digitação)         </div>			
<b>22-ESSA COMIDA FOI (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)</b>			
<input type="checkbox"/> Em pedaços? <input type="checkbox"/> Amassada? <input type="checkbox"/> Passada pela peneira? <input type="checkbox"/> Liquidificada? <input type="checkbox"/> Não Sabe			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <b>Q.22</b> — — — — (Código para Digitação)         </div>			
<b>23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: “- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA”:</b> </div>			
<b>27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>28-TOMOU REFRIGERANTE?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>29-TOMOU CAFÉ?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>33-USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>34-USOU CHUPETA?</b>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome)	
998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa      9 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
<b>Q.36 <input type="checkbox"/> HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)</b>	
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Normal    2 <input type="checkbox"/> Fórceps    3 <input type="checkbox"/> Cesárea    9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não (PASSE P/ Q.43)
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA?    1 <input type="checkbox"/> Sim, inteira    2 <input type="checkbox"/> Sim, algumas partes    3 <input type="checkbox"/> Não leu [Outros acompanhantes]:    9 <input type="checkbox"/> Não é a mãe (PASSE P/ Q.41)	
ENTREVISTADOR, VEJA OS GRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)	
41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 46 e 47)    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (página 56 e 57)    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não
42- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 48 e 49)    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não	PARA MENINO (página 58 e 59)    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g (Se necessário, anote da Caderneta)    9999 <input type="checkbox"/> Não Sabe	
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)	
1 <input type="checkbox"/> Serviço Particular ou Convênio	
2 <input type="checkbox"/> Rede Pública: _____ (Anote o nome)	
9 <input type="checkbox"/> Não Sabe/Não se aplica	
<b>Q.44 <input type="checkbox"/> →Se REDE PÚBLICA especificar: 2 <input type="checkbox"/> UBS    3 <input type="checkbox"/> PACS/PSF    4 <input type="checkbox"/> Outros    (Código para Digitação)</b>	
<b>FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49)</b>	
45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?	
____ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46)    998 <input type="checkbox"/> Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
____ 999 <input type="checkbox"/> Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
<b>NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA</b>	
46-MAMOU NO PEITO?	1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    9 <input type="checkbox"/> Não Sabe
<b>FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)</b>	
50-QUAL É A IDADE DA SRA.?	____ (Anos completos)
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
52-A SRA. SABE LER E ESCRIVER?	1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)	54-E GRAU? (Assinale abaixo)
0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> INCOMPLETO    2 <input type="checkbox"/> COMPLETO
0 <input type="checkbox"/> SEM ESCOLARIDADE    1 <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL	2 <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO    3 <input type="checkbox"/> SUPERIOR
<b>Q.53 <input type="checkbox"/>    Q.54 <input type="checkbox"/> (Código para Digitação)</b>	
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	
1 <input type="checkbox"/> Está trabalhando fora    2 <input type="checkbox"/> Não está trabalhando fora    3 <input type="checkbox"/> Está sob Licença Maternidade	
Observações: _____	

## ANEXO B – Aprovação AMAMUNIC Instituto de Saúde, SP

---



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM  
SAÚDE  
INSTITUTO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA

**Protocolo:** 001/08 **2º Parecer**

**I. Identificação**

**Título:** Pesquisa Nacional sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida.

**Pesquisador(es):** Sônia Ioyama Venâncio, Maria Mercedes Loureiro Escuder, Maria Cecília Dias Miranda, Jerônimo Gerolin, Elsa Regina Justo Giugliani.

**Instituição onde se realizará o campo:** Postos de vacinação das capitais brasileiras e de alguns municípios definidos pelas SES, priorizando aqueles com alta taxa de mortalidade infantil.

**Instituição responsável:** Instituto de Saúde – SES/SP.

**Data de entrada no CEPIS:** 3/03/08.

**II. Parecer:**

Acusamos o recebimento do projeto de pesquisa acima mencionado, em que as alterações sugeridas por este Comitê em 10.04.2008, foram acatadas. Desta forma considero o projeto **APROVADO**.

Data: 06.05.2008

SILVIA REGINA DIAS MEDICI SALDIVA  
COORDENADOR DO COMITÊ DE ÉTICA



## ANEXO C – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

---



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" – Ed. Anexo, Ala  
"B" – 1º andar – sala 145 – CEP 70058-900- Brasília / DF  
Tel.: (61) 3315-2951 / Fax.: (61) 3226-6453  
[conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br) – <http://conselho.saude.gov.br>

OFÍCIO Nº. 970 CONEP/CNS/MS

Brasília, 14 de maio de 2008.

A Senhora  
Dra. Sílvia Regina Dias Medici Saldiva  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas  
Instituto de Saúde CEPIS - SP  
Rua Santo Antônio, 590 - 2º andar  
Bela Vista São Paulo SP  
CEP : 01.314-000

**Assunto:** *Devolução Grupo III*

Senhora Coordenadora,

1. Após análise verificou-se que o protocolo de pesquisa: ***"Pesquisa nacional sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida"***. – Expediente MS nº 25000.071882/2008-84, Registro CONEP nº 14814 – não se enquadra no grupo I, mas sim no grupo III. Não necessita, portanto, de apreciação na CONEP (ver fluxograma). Nesse caso, a aprovação ética é delegada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.
2. Dessa forma, devolvemos o protocolo em questão, devendo ser seguido o procedimento para projetos do grupo III, conforme o fluxograma disponível no site: <http://conselho.saude.gov.br> e no Manual Operacional para CEP.

Atenciosamente,

Aparecida de Fátima Pianta F. Lino  
Secretária-Executiva  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS/MS

## ANEXO D – Declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



**Prefeitura Municipal de Florianópolis**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde**

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Aleitamento materno e políticas públicas: prevalência, significados e implicações para o cuidado de enfermagem " da pesquisadora responsável Profª. Drª. Alacoque Lorenzini Erdmann e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.


Florianópolis, 07/06/2011

Maria Francisca dos Santos Daussy

Maria Francisca dos Santos Daussy  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

## ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

Certificado Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Ensino  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 2108

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Ensino da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 9584/GR 99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

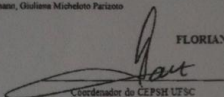
**APROVADO**

PROCESSO: 2108      FR: 434155

TÍTULO: ALEITAMENTO MATERNO E POLÍTICAS PÚBLICAS: PREVALÊNCIA, SIGNIFICADOS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

AUTOR: Alacque Lorenzini Rodman, Giuliana Michelato Pazinato

FLORIANÓPOLES, 31 de Outubro de 2011.



Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Pereira de Souza

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DOUTORADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Florianópolis, 2012

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa que tem como título “Aleitamento materno e políticas públicas: prevalência, significados e implicações para o cuidado de enfermagem”. Descrever a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de um ano em 2008 no município de Florianópolis/SC, identificar fatores associados à sua manutenção e compreender o significado do cuidado de enfermagem nas redes de promoção e apoio ao aleitamento materno em políticas públicas no município a partir das interações vivenciadas pelos sujeitos/pessoas (usuárias, equipe de saúde e gestores) envolvidos nesse cuidado.

É muito importante pesquisar a respeito desse assunto, pois a reflexão sobre resultados desta tese serão úteis para definição dos rumos das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e em especial no que se refere aos cuidados de enfermagem nesta situação específica.

Esta pesquisa será realizada com mães, profissionais de saúde e gestores/coordenadores dos Centros de Saúde. Sua participação consistirá em responder uma entrevista que tem como questão norteadora: Como você vivencia e que significado tem para você o cuidado de enfermagem (nas redes de promoção e apoio) ao aleitamento materno em políticas públicas no município de Florianópolis?

Você não é obrigado (a) a responder todas as perguntas que se seguem à questão norteadora e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter respondido à entrevista), sem ser prejudicado (a) por isso.

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa às pesquisadoras. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, por telefone, a partir dos contatos das pesquisadoras que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr (a).

Pesquisadoras:

Enfa. Dda Giuliana Micheloto Parizoto - telefone para contato: (48)9909-2436

Enfa. Profa. Dra Alacoque Lorenzini Erdmann – telefone para contato: (48)9158-5982

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO<sup>6</sup>**

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo com a minha inclusão na pesquisa.

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ participante:

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ participante:

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

<sup>6</sup> O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a autora do projeto.

**APÊNDICE B – Relatório do Doutorado Sanduíche no Exterior**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM**

**DOUTORADO DE ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE -  
ENFERMAGEM**

**RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DOUTORADO SANDUÍCHE**

Dezembro  
2012



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO DE ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE -  
ENFERMAGEM**

**RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DOUTORADO SANDUÍCHE**

Relatório final de atividades apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como parte do Doutorado Sanduíche no Exterior

Doutoranda: Giuliana Micheloto Parizoto

Orientadora/Brasil: Dra. Alacoque Lorenzini. Erdmann

Orientadora/Portugal: Dra Dulce Maria P. Garcia Galvão

Dezembro  
2012

## SUMÁRIO

<b>1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 - OBJETIVOS DO DOUTORADO SANDUÍCHE.....</b>	<b>05</b>
<b>2.1 - Objetivo Geral.....</b>	<b>05</b>
<b>2.2 - Objetivos Específicos.....</b>	<b>05</b>
<b>3 – A ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA....</b>	<b>06</b>
<b>4 – BREVE BIOGRAFIA DA ORIENTADORA - Dra Dulce M. P. G. Galvão.....</b>	<b>10</b>
<b>5 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>10</b>
<b>5.1 - Planejamento das Atividades do Doutorado Sanduíche.....</b>	<b>11</b>
<b>5.2 – Orientações Personalizadas Individual.....</b>	<b>11</b>
<b>5.2.1. – Orientadora do Brasil.....</b>	<b>11</b>
<b>5.2.2. – Orientadora de Portugal.....</b>	<b>11</b>
<b>5.3 – Estudos Individuais/Orientações/Encontros.....</b>	<b>12</b>
<b>5.4 – Acompanhamento de Aulas Teóricas e Estágios.....</b>	<b>13</b>
<b>5.4.1 – Aulas Teóricas - Núcleo Temático I.....</b>	<b>13</b>
<b>5.4.2 – Estágios - Núcleo Temático I.....</b>	<b>14</b>
<b>5.4.3 – Aulas Teóricas - Licenciatura.....</b>	<b>15</b>
<b>5.4.4 – Estágios - Licenciatura.....</b>	<b>15</b>
<b>5.5 – Arguições de Mestrado.....</b>	<b>16</b>
<b>5.6 – Acompanhamento de Orientações de Mestrado.....</b>	<b>17</b>
<b>5.7 - Encontros do Projeto de Investigação.....</b>	<b>17</b>
<b>5.8 – Artigos Produzidos.....</b>	<b>17</b>
<b>5.9- Participações em Eventos Científicos.....</b>	<b>17</b>
<b>5.9.1 - V Encontro de Doutorandos em Ciências de Enfermagem - Porto.....</b>	<b>17</b>
<b>5.9.2 – Conferência: Controvérsias em Amamentação - Coimbra.....</b>	<b>19</b>
<b>5.9.3 – Abertura Solene das Aulas - Coimbra.....</b>	<b>20</b>
<b>5.9.4 – Jornada Expressão e Avaliação da Dor - Coimbra.....</b>	<b>20</b>
<b>5.9.5 – Seminários para Doutorandos - UICISA-E - Coimbra.....</b>	<b>21</b>
<b>5.9.6 – V Jornadas de Obstetrícia – Famalicão.....</b>	<b>21</b>
<b>5.9.7 – Seminário: A Criança e o Meio Hospitalar – Coimbra.....</b>	<b>22</b>
<b>5.10 – Comunicações em Eventos Científicos.....</b>	<b>23</b>
<b>5.1 – Visitas.....</b>	<b>23</b>
<b>5.11.1 - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa .....</b>	<b>23</b>
<b>5.11.2 - Escola Superior de Enfermagem do Porto .....</b>	<b>24</b>
<b>5.11.3 – Maternidade Alfredo da Costa – Lisboa.....</b>	<b>24</b>

<b>5.11.4</b> – Hospital Distrital da Figueira da Foz – Figueira da Foz.....	25
<b>5.11.5</b> – Maternidade Bissaya Barreto – Coimbra.....	28
<b>5.11.6</b> – Cantinho da Amamentação CS Norton Matos – Coimbra.....	30
<b>5.11.7</b> - Maternidade Daniel de Matos – Coimbra.....	31
<b>5.12</b> – Participação em Cursos para Gestantes.....	31
<b>5.13</b> – Observação em Sala de Parto.....	32
<b>6 – AVALIAÇÃO GERAL DO DOUTORADO SANDUÍCHE.....</b>	<b>33</b>
<b>FICHA DE ASSINATURAS.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>35</b>

## **1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**Doutoranda:** Giuliana Micheloto Parizoto

**Processo CNPq Número:** 201651/2012-2

**Modalidade:** Doutorado Sanduíche no Exterior – SWE

**Instituição:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Professor Orientador:** Dr. Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

**Vigência da Bolsa:** 01/08/2012 a 31/12/2013

**Período realizando o doutorado sanduíche:** 15/08/2012 a 18/12/2013

## **2 – OBJETIVOS DO DOUTORADO SANDUÍCHE**

### **2.1 – Objetivo Geral**

Integrar e conhecer as atividades de pesquisa e aleitamento materno desenvolvidas na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, bem como, ampliar minha visão sobre a atuação da enfermagem no âmbito internacional.

### **2.2 – Objetivos Específicos**

- Participar de encontros do grupo do projeto de Investigação "Proteção, Promoção e Suporte da Amamentação" da Unidade de Investigação em Ciências da saúde: domínio de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Socializar experiências e conhecimento dos temas abordados nas áreas: sistemas de saúde; família, comunidade, local de trabalho e formação;
- Participar de projetos ou atividades de pesquisa da orientadora estrangeira Professora Dra. Dulce Maria Pereira Garcia Galvão como colaboradora e possibilidade de troca de experiências;
- Compartilhar, além da cultura e do conhecimento, o desejo de contribuir para o desenvolvimento de uma formação e prática em enfermagem na promoção, apoio e incentivo ao Aleitamento Materno;
- Buscar o aprimoramento e o crescimento humano e técnico-científico da profissão e do profissional de enfermagem em estágio de doutoramento, com vistas a qualificar a Enfermagem brasileira e global;
- Assistir e colaborar ativamente em aulas da graduação e da pós-graduação em enfermagem ministradas pela orientadora estrangeira ou outros docentes da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

- Participar de eventos científicos que ocorrerem no período relativo ao Estágio de Doutorado em Portugal e, além da obtenção de conhecimentos atualizados no evento, socializar conhecimentos produzidos no Brasil pela doutoranda e sua orientadora e membros do grupo de pesquisas GEPADES;
- Realizar interação com a comunidade educativa da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Conhecer as atividades desenvolvidas de promoção, incentivo e apoio a amamentação no Sistema de Saúde, na família, na comunidade, no local de trabalho e na formação visitando também outros municípios do país;
- Observar e acompanhar a rotina da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Estudar, analisar e comparar os conhecimentos e as vivências de amamentação de mães e profissionais de diferentes culturas em relação à importância e prática da amamentação;
- Apresentar e discutir os dados do projeto de tese: “Aleitamento materno e políticas públicas: prevalência, significados e implicações para o cuidado de enfermagem”, incrementando com o aporte de bibliografias e experiências dos integrantes da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde;
- Produzir em parceria com o orientador estrangeiro e orientador brasileiro, um artigo reflexivo/crítico;
- Realizar uma releitura dos dados à luz dos referenciais de formação de profissionais da saúde e escrever um artigo reflexivo/crítico sobre as atividades desenvolvidas durante a formação dos enfermeiros que visem o apoio e suporte da amamentação e encaminhá-lo para publicação.

### **3– A ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA**

A Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) onde realizei meu Doutorado Sanduíche é uma instituição que procura estar na dianteira do saber e das melhores práticas de ensino.

Instituição pública de referência nacional e internacional. Resulta da fusão da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca e da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto e está situada em dois edifícios: o Pólo A <sup>(Foto 1)</sup>, situado na freguesia de Santo António dos Olivais, na margem direita do Rio Mondego, bem perto dos Hospitais Universitários de Coimbra; e o Pólo B <sup>(Foto 2)</sup>, está situado na

freguesia de São Martinho do Bispo (margem esquerda do rio), ao lado do Hospital Geral do Centro Hospitalar de Coimbra (Covões).



**Foto 1: Parizoto, G. M.**



**Foto 2: Parizoto, G. M.**

A “*Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*” foi fundada em 1881 pelo Professor Dr. Augusto da Costa Simões, médico e administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Denominada “*Escola dos Enfermeiros de Coimbra*”, particular, entrou em funcionamento a 17 de outubro de 1881 com o objetivo de formar pessoal de enfermagem para prestar serviço naqueles hospitais. Em maio de 1919 transformou-se em escola oficial, passando então a denominar-se “*Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra*”. Em 8 de janeiro de 1931 adotou a designação de “*Escola de Enfermagem do Dr. Ângelo da Fonseca*” (Portaria 7001, de 8 de janeiro de 1931). Em 19 de julho de 1982 passou a designar-se “*Escola de Enfermagem Pós-Básica do Dr. Ângelo da Fonseca*” (Decreto do Governo nº 28/87, de 31 de julho). Em consequência da integração do ensino de Enfermagem no ensino superior, esta instituição adotou a nomenclatura de “*Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*” (Portaria 821/89, de 15 de setembro) (Diário da República, I Série-B de 10 de Janeiro, Despacho Normativo nº.3/2004).

A “*Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto*” foi criada pela Portaria nº. 231/71, de 3 de maio, como serviço oficial do Ministério da Saúde e Assistência dotado de autonomia técnica e administrativa, para funcionar junto ao Centro Hospitalar de Coimbra, para satisfazer as necessidades de pessoal de enfermagem, quer ao nível de enfermeiros generalistas, quer de enfermeiros especialistas. Seu

fundador foi o Professor Doutor Fernando Baeta Bissaya Barreto Rosa. A partir da publicação do Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de dezembro a Escola passou a ser tutelada pelos Ministérios da Educação e da Saúde e a partir de 1 de janeiro de 2001 a Escola passou a tutela exclusiva do Ministério da Ciência e Ensino Superior, atual Ministério da Educação e Ciência.

Para a fusão das Escolas, foi criada uma Comissão de Coordenação da Fusão, que iniciou funções a 27 de outubro de 2004. Inteirada da complexidade de todo este processo, esta Comissão propôs-se envolver toda a comunidade escolar nas diferentes iniciativas, organizando diversos grupos de trabalho, dinamizando a participação dos diversos corpos de ambas as Escolas através de debates programados de modo a elaborar uma proposta de Missão, Visão e formas de Organização da Nova Escola, bem como o Projeto de Estatutos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que foi enviado e aprovado à Comissão Estatutária em 19 de dezembro de 2005. Posteriormente, a Assembléia estatutária reunida em 28 de março de 2006 aprovou a emblemática da “*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*”, procedendo-se à sua divulgação e publicação por Despacho conjunto n.º 421/2006 de 21 de maio (DR n.º 101 - II Série).

Os órgãos de governo da Escola e as respectivas competências constam dos Estatutos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra homologados pelo Despacho Normativo n.º 50/2008, de 9 de Setembro e está organizado em Conselho Geral, Presidente, Conselho de Gestão, Conselho Técnico-Científico, Conselho Pedagógico, Conselho para a Qualidade e Avaliação e Provedor do Estudante.

A Presidência da Escola é o órgão superior de governo e de representação externa da instituição. É o órgão de condução da política da Escola, que preside ao Conselho de Gestão. Podem ser eleitos para Presidente da Escola os professores e/ou investigadores da própria instituição. O Presidente é coadjuvado por dois vice-presidentes. Hoje a presidente da Escola é a professora Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento e seus vice-presidentes a professora Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes e o professor Fernando Manuel Dias Henriques.

Além do Curso de Licenciatura que se desenvolve durante oito semestres, a Escola Superior de enfermagem de Coimbra oferece os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado aos quais se podem candidatar profissionais com pelo menos dois anos de experiência. Os Cursos oferecidos se desenvolvem em seis áreas: Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Enfermagem Comunitária,

Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A Escola Superior de enfermagem de Coimbra dispõe de 20 laboratórios, com tecnologias inovadoras de aprendizagem. São salas de práticas que permitem simular uma grande variedade de cenários clínicos e, assim, aprofundar as competências técnicas desenvolvendo capacidades em áreas da Saúde Materna e Obstetrícia, Reabilitação, Pediatria, Geriatria, treino de atividades da vida diária, cuidados intermédios, cuidados intensivos e situações de urgência/emergência.

A Escola Superior de enfermagem de Coimbra recebe estudantes através de diversos programas de mobilidade e provenientes de vários países europeus, com os quais a Escola possui acordos de cooperação. Também recebem estudantes, vindos de países africanos de língua oficial portuguesa, como, Angola, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe e também estudantes do Brasil. Procura desenvolver e consolidar parcerias e projetos com instituições de saúde e de ensino internacionais, dentro e fora do Espaço Comunitário, sempre visando o desenvolvimento da saúde, da educação e da investigação em Enfermagem.

É constituída por uma comunidade escolar comprometida com a formação humanista, científica, técnica e cultural, de profissionais socialmente reconhecidos, com a promoção de investigação acreditada, a difusão de conhecimentos e a prestação de serviços à comunidade.

### **Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**

Durante meu Doutorado Sanduíche, participei do projecto de investigação “Protecção, Promoção e Suporte da Amamentação” sob coordenação da professora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, que faz parte da linha de investigação Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde, inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

A UICISA-E tem por missão desenvolver a investigação científica em ciências da saúde, especificamente da enfermagem. É composta por uma equipe de investigadores e estruturada em três linhas de investigação de forma a evitar a fragmentação e desenvolver diferentes áreas da enfermagem científica ao nível da formação, da prática clínica e da gestão: Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde; Bem-estar, Saúde e Doença e Sistemas de Saúde e Organizações. Estes grupos organizam-se em torno de objetivos



pertinentes e desenvolvem projetos estruturantes nos quais se integram redes de projetos associados.

O funcionamento da Unidade de Investigação é regulamentado por diferentes órgãos que têm a sua constituição e competências descritas nos estatutos. Tem como Coordenador Científico o Dr. Manuel Alves Rodrigues.

A Unidade tem o seu próprio espaço e recursos, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Pólo A, bem como um técnico superior permanente responsável pela execução técnica e administrativa da Unidade.

#### **4 – BREVE BIOGRAFIA DA ORIENTADORA - Dra Dulce M. P. G. Galvão**

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão é enfermeira, possui pós-doutorado pela Universidade de São Paulo e doutorado em Ciências de Enfermagem, pela Universidade do Porto. É responsável pelo projeto de Investigação "Proteção, Promoção e Suporte da Amamentação", inscrito na Unidade em Ciências da Saúde - Enfermagem, que desenvolve-se em 3 grandes áreas: Nos sistemas de Saúde; Na Família, Na Comunidade e no Local de Trabalho e Na Formação.

Nos últimos anos realizou, junto de futuros enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e de Saúde Infantil e Pediatria, estudos para saber como promovem a amamentação na primeira hora após o parto e relativos à aplicação do formulário de observação da mamada, identificação de dificuldades e competências comunicacionais com as mães. Os estudantes do Curso de Licenciatura de Enfermagem também têm constituído população dos estudos. Nos últimos anos as suas pesquisas têm-se centrado junto de crianças que frequentam os primeiros anos do ensino básico/fundamental.

Na atividade de docência é responsável pela formação de profissionais de Enfermagem da Licenciatura e da Pós-Graduação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, onde ministra conteúdos, entre outros, relacionados com o aleitamento materno e a amamentação e procede à orientação de trabalhos de investigação.

### **5– ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

#### **5.1- Planejamento das Atividades do Doutorado Sanduíche**

No primeiro encontro com a professora orientadora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão no Pólo A da Escola Superior de

Enfermagem de Coimbra, foi traçado o plano de atividades a ser desenvolvido durante o “Doutorado Sanduíche”.

Tive conhecimento do cronograma das aulas teóricas do VI Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e III Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria das atividades de pesquisa em que irei participar e as possíveis visitas às instituições de saúde que a orientadora perspectivava organizar.

Também nesse dia fiz o reconhecimento formal da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E).

## **5.2 – Orientações Personalizadas**

### **5.2.1. – Orientadora do Brasil**

Nos dias 17 e 18/09 tive a oportunidade de me encontrar com minha orientadora Dra Alacaque Lorenzine Erdmann na cidade do Porto. Aproveitamos o momento para discutir as atividades que me programei para desenvolver no exterior. Esse momento foi muito proveitoso, pois pude elencar o que já havia feito e receber orientações a cerca do meu projeto de doutoramento.

### **5.2.2. – Orientadora de Portugal**

As orientações personalizadas com a professora Dulce Galvão, foram realizadas quase que diariamente em seu Gabinete no Pólo A ou no Pólo B. Nesses encontros discutimos vários temas relacionados ao aleitamento materno, sistema de saúde de Portugal, desenvolvimento da enfermagem em Portugal e no Brasil e a análise dos dados quantitativos e qualitativos da minha tese de doutorado. Também ao longo do período que permaneci na ESEnfC realizamos modificações no meu projeto de tese no sentido de aproximá-lo ainda mais da temática.

No decorrer das orientações fizemos as análises estatísticas com o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 19.0 do banco de dados do meu projeto de tese sob orientação do professor de estatística da ESEnfC Luis Loureiro.

Destaca-se o conhecimento aprofundado e reconhecido da professora Dulce Galvão em Aleitamento Materno, bem como sua competência científica, comprometimento e dinamismo. Em suas orientações, sempre se mostrou muito aberta, acolhedora e prestativa.

## **5.3 – Estudos Individuais/Orientações/Encontros**

Além das orientações personalizadas referente às minha tese, outras oportunidades de estudos foram surgindo com a temática do

aleitamento materno, bem como a minha participação no Projeto “Estratégias não farmacológicas da dor utilizadas pelos enfermeiros na vacinação de lactentes”, inscrito no projeto de Investigação “Proteção, Promoção e Suporte da Amamentação”.

Os estudos/orientações/encontros com a professora Dulce Galvão, foram realizados no seu gabinete no Pólo A e do Pólo B (gabinete 3.17, 3º andar e gabinete 11, 1º andar). Esses gabinetes também foram utilizados para encontro com as professoras integrantes do Projeto “Estratégias não farmacológicas da dor utilizadas pelos enfermeiros na vacinação de lactentes” e encontros para orientação dos estudantes da licenciatura e pós-licenciatura.

Utilizei diversas vezes para meus estudos individuais e para me relacionar e trocar experiências com outros investigadores, o Gabinete da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E) que está disponível para os pesquisadores desenvolverem suas pesquisas.

Também durante o período do meu Doutorado Sanduíche no Exterior, realizei estudos individuais na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e no alojamento onde estive hospedada. Dentre os estudos individuais que realizei destacam-se:

- Pesquisa das Teses e Dissertações Portuguesas que estudaram o Aleitamento Materno.
- Hospitais “Amigos dos Bebés” de Portugal.
- Sistemas de Saúde de Portugal com ênfase em Aleitamento Materno.
- Análise dos dados qualitativos e estatísticos coletados para a minha Tese de Doutorado.
- Levantamento e análise das produções científica do projeto de investigação: protecção, promoção e suporte da amamentação inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E).
- Elaboração do Artigo “Produção científica do projecto de investigação: protecção, promoção e suporte da amamentação”.
- Elaboração da apresentação “Ações de protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno do Banco de Leite Humano de Bauru, São Paulo/Brasil”.
- Análise das entrevistas do Projeto “Estratégias não farmacológicas da dor utilizadas pelos enfermeiros na vacinação de lactentes”.

## **5.4 – Acompanhamento de Aulas Teóricas e Estágios**

### **5.4.1 – Aulas Teóricas Núcleo Temático I**

Neste semestre teve início o Núcleo Temático I: “Gestão de cuidados de enfermagem orientados para o processo de crescimento e desenvolvimento da criança” do VI Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria/III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria ano letivo de 2011/2012 na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Esta Unidade Curricular conta com 18 horas teóricas, 24 horas teórico-práticas e 144 horas de estágio para que o formando desenvolva competências para a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, em situação de saúde, risco e vulnerabilidade, em cada etapa do seu desenvolvimento, e tendo em conta o ciclo de vida da família.

Tem uma configuração de combinatória metodológica com sessões teóricas dirigidas pelos professores, sessões teórico-práticas conduzidas pelos professores e estágio.

As aulas teóricas são ministradas pelos dois professores responsáveis pelo Núcleo Temático I e mais três professores colaboradores. Foram ministradas aulas teóricas no período de 24/09 a 29/10/2012

No dia 25/09/2012 ministrei uma aula sobre “Banco de Leite Humano”, onde falei da minha experiência profissional e do modelo dos Bancos de Leite brasileiro.

Participei como ouvinte de todas as aulas ministradas pela professora Dra Dulce Galvão exeto no dia 29/10/2012, pois estava realizando uma visita a Maternidade Bissaya Barreto. Segue abaixo os dias que participei:

- 24/09/2012 (9h às 15h) Pólo A

Apresentação do Núcleo Temático.

Políticas de saúde na assistência à criança/família. Indicadores de saúde.

Crescimento e desenvolvimento infantil: pontos de referência e avaliação. Utilização de instrumentos de avaliação.

- 25/09/2012 (9h às 17h) Pólo A

Como prevenir os problemas mais comuns no estabelecimento da amamentação.

Aleitamento materno por copo e finger feeding.

Aconselhamento em aleitamento materno.

Formulário de avaliação da mamada do RN de termo e do Prematuro e escalas de avaliação em aleitamento materno.

As novas curvas de crescimento da OMS.

- 26/09/2012 (9h às 13h) Pólo A

A diversificação alimentar.

- 15/10/2012 (9h às 17h) Pólo A

A criança, a Família e a Escola.

A criança e o brincar.

- 22/10/2012 (15h às 17h) Pólo A

A necessidade de limites e disciplina.

- 13/11/2012 (14h às 16h30min) Pólo A

Apresentação dos estudantes dos seus projetos do curso de mestrado. Os temas foram:

- “Dificuldades sentidas pelos pais de crianças diabéticas em idade escolar”;

- “O impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento de crianças até os 6 meses”;

- “Qualidade de vida das crianças adolescentes com patologia congênita submetidas a tratamento invasivo”;

- “Vivência dos adolescentes no pós-notícia de diagnóstico de doença hemato-oncológica – Estudo Fenomenológico”.

- 16/11/2012 (11h às 12h30min) Pólo A

Assisti a apresentação do portfólio de uma estudante do Núcleo Temático 4 “*Gestão de Cuidados Pediátricos na Comunidade*”.

#### **5.4.2 – Estágios Núcleo Temático I**

O estágio teve início no dia 02/10/2012 e terminou no dia 16/11/2012. São realizados pelos estudantes em Centro de Saúde e durante dois dias há uma observação em Creches ou Jardins-de-infância na área de influência do Centro de Saúde.

No documento de planejamento do Núcleo Temático I este estágio constitui uma experiência de aprendizagem no decurso do qual o estudante observa e intervém em Saúde infantil na promoção do crescimento e desenvolvimento, na criança e adolescente. O estudante deve articular-se fundamentalmente com o enfermeiro especialista do serviço, nos casos em que exista, e com o enfermeiro-chefe, com os quais ajustará a sua presença em função das especificidades e possibilidades do serviço. Para cada local de estágio há um professor responsável que assegurará a articulação entre o serviço de saúde e a escola, bem como a orientação dos estudantes, em função das suas necessidades.

A avaliação do estágio tem como objecto o *Portfólio* construído durante o desenrolar do Núcleo Temático I tendo como componentes a apresentação do estudante, proposta de artigo científico, sobre os temas em desenvolvimento selecionado pelo estudante e um conjunto de evidências de aprendizagem entre as quais se determinam como

mínimas: o preenchimento do protocolo de observação da mamada, avaliação física e neurocomportamental do Recém-Nascido, avaliação do crescimento e desenvolvimento psicomotor de uma criança e um ensino aos pais adaptado à etapa de desenvolvimento da criança.

No decorrer do estágio, acompanhei a professora Dra Dulce na supervisão dos estudantes nos três Centros de Saúde que estão sob sua responsabilidade, o Centro de Saúde Santa Clara, o Centro de Saúde São Martinho do Bispo e o Centro de Saúde Figueira da Foz (Buarcos e São Julião), onde em cada um deles estagiavam dois estudantes.

### **5.4.3 – Aulas Teóricas Licenciatura**

Tive também a oportunidade de assistir uma aula teórica no curso de licenciatura (4o ano) ministrada pela professora Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso sobre as vantagens do Aleitamento Materno e noções básicas do regime alimentar da criança.

### **5.4.4 – Estágios Licenciatura**

Acompanhei a professora Dulce desde a integração até a avaliação dos estudantes do Curso de Licenciatura no estágio realizado no Hospital Pediátrico.

Assisti no dia 03/12/2012 no auditório do Hospital Pediátrico, a apresentação do artigo produzido pelas estudantes do semestre anterior sob orientação da professora Dulce Galvão “O brincar e a criança com perturbação do espectro do autismo”.

## **5.5 –Argüições de Mestrado**

Participei como ouvinte das seguintes argüições de Mestrado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- “*A Participação do Pai na Amamentação*” da estudante Vera Lucia.Antunes Gonçalves, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia perante o seguinte Júri: Professor Dr. Jorge Manuel Amado Apóstolo (presidente), Professora Dra Dulce Maria Pereira Garcia Galvão (arguente) e Professor Dr. João José de Sousa Franco (orientador).

- “*Interrupção Médica da Gravidez por Malformação Fetal: Representações dos Enfermeiros*” da estudante Ana Carreira Batista, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria perante o seguinte Júri: Professora Dra. Dulce Maria Pereira Garcia Galvão (presidente), Professora Dra Mariliz Simões (arguente) e Professora Dra. Ana Poço (orientador).

- *“Criança em Perigo: O Papel da Saúde na (Des) Continuidade do se Projeto de Vida”* da estudante Eugénia Maria Rainha Pereira, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria perante o seguinte Júri: Professora Dra. Dulce Maria Pereira Garcia Galvão (presidente), Professora Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva (arguente) e Professora Providência Marinheiro (orientadora).

- *“Adesão ao Autocuidado, Barreiras à Adesão e Qualidade de Vida em Adolescentes com Diabetes Tipo 1”* da estudante Ana Cristina Neves de Almeida, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria perante o seguinte Júri: Professora Dra. Dulce Maria Pereira Garcia Galvão (presidente), Professora Manuela Maria da Conceição Ferreira (arguente) e Professora Providência Marinheiro (orientadora).

### **5.6 – Acompanhamento de Orientações de Mestrado**

Foi-me oportunizado acompanhar as orientações realizadas pela professora Dulce Galvão, dentre elas:

- Orientação da dissertação *“Brincar na visão dos pais de crianças do nascimento aos três anos”* da estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

- Orientação da dissertação *“A criança e o brincar a amamentar os seus bonecos”*, das estudantes (Gomes, CIN. & Cardoso, EIS) do V Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria/II Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

### **5.7 – Encontros do Projeto de Investigação**

Particpei de encontros do Projecto de investigação “Protecção, promoção e suporte da amamentação” para discutir os resultados encontrados nas entrevistas do Projeto “Estratégias não farmacológicas da dor utilizadas pelos enfermeiros na vacinação de lactentes”. Com a professora Dulce Galvão e a Professora Rosa Maria Correia Jerónimo Pedroso.

### **5.8 – Artigos produzidos**

Durante o meu estagio de doutorado sanduíche escrevi juntamente com a Dra Dulce Galvão e com a participação da minha orientadora do Brasil a Dra Alacoque, uma artigo que foi enviado para publicação no *E-book* da V Jornadas Obstétrica, com o título: *“Produção científica do projecto de investigação: protecção, promoção e suporte da amamentação”*.

Através do projeto de Investigação Protecção, promoção e suporte da amamentação, também colaborei na finalização do projeto e elaboração do artigo *“Estratégias não farmacológicas da dor utilizadas pelos enfermeiros na vacinação de lactentes”*.

### **5.9- Participações em Eventos Científicos**

Considerando o Plano de Atividades, outro compromisso assumido, foi a participação em eventos científicos promovidos pela ESEnfC e outras instituições. Abaixo destaca-se as atividades das quais participei

#### **5.9.1 - V Encontro de Doutorandos em Ciências de Enfermagem - Porto**

Nos dias 17 e 18/09 participei na Escola Superior de Enfermagem do Porto, do *“V Encontro de Doutorandos em Ciências de Enfermagem”*. Esse encontro fez parte do Programa de abertura do ano letivo de 2012/2013 na área da Pós-Graduação.

A Abertura Solene iniciou às 14h30min com a presença da Presidente da Escola Superior de Enfermagem do Porto e do Diretor do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS).

A seguir participei de duas conferências, a primeira sobre *“Complex Interventions The MRC framework”* com a Prof. Doutora Ingallil Hallberg da Universidade de Lund, Suécia e President da European Academy of Nursing Science (EANS) e a segunda sobre *“La formación en la Investigación Cualitativa: Métodos, Dificultades y Oportunidades”* com a Prof. Doutora Carmen de La Cuesta da Universidade de Alicante, Espanha.

A manhã do dia 18/09, ficou reservada para a discussão dos pôsters dos estudantes de doutoramento de 2º e 3º ano com a Comissão Científica e Comissão de Aconselhamento e Orientadores. As 14h30min aconteceu a Conferência *“Objectos de estudo das teses de doutoramento em enfermagem”* com a Prof. Doutora Marta Lima Basto, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) seguida da Conferência sobre *“Possibilidades de financiamento da investigação e do processo de candidaturas a bolsas de estudo nos programas de doutorados em ciências da enfermagem”* com a Prof. Alacoque Lorenzini Erdmann da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil e Coordenadora da Área de Enfermagem na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) 2008 - 2010.



No salão de entrada do auditório, estavam expostos 15 pôsters com os projetos dos estudantes do curso de doutoramento abrangendo diferentes temáticas. Segue abaixo os títulos dos trabalhos.

- Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Licenciatura em Enfermagem: Ganhos para os Estudantes;
- Impacto do *Debriefing* Associado a Práticas Simuladas no Desenvolvimento de Competências em Estudantes de Enfermagem;
- Intervenções de Enfermagem Promotoras do Autocuidado – Gestão dos Regimes Terapêuticos em Pessoas com Doença Cardiovascular;
- Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho nos Hospitais Portugueses: Fatores Associados e Repercussões;
- O Estudante de Enfermagem no Processo de Cuidados em Contexto de Ensino Clínico;
- Luzes e Sombras em Famílias de Gêmeos;
- Da Multiculturalidade em Cuidados à Produção de Competências nos Enfermeiros;
- As Competências de Gestão na Formação em Enfermagem: Proposta de um Plano Curricular;
- *Prehabilitation* e Enfermagem de Reabilitação: Equilíbrio/Risco de Queda em Adultos Idosos Residentes na Comunidade – Ensaio Clínico Controlado Randomizado;
- Cuidar de um Filho com Cancro: Padrões de Resposta numa Transição;
- A Família como Foco de Cuidados de Enfermagem: Aprendendo com o “*Family Nursing Game*”;
- Adolescer com Fibrose Quística: Perspectivas dos Jovens, dos Pais e dos Enfermeiros;
- Enfermagem de Família: Contextos e Processos em Cuidados de Saúde Primários;
- A Eficácia de um Programa de Cuidados de Enfermagem de Higiene Oral a Doentes com Ferida Cirúrgica Intra-Oral;
- Pessoa com Feridas: Utilização da Terapia Hiperbárica Portátil.

### **5.9.2 – Conferência Controvérsias em Amamentação – Coimbra**

Participei no dia 01/10/2012 da Conferência “*Controvérsias em Amamentação*” com o Dr. Jack Newman, pediatra, consultor da UNICEF para a Iniciativa Hospitais Amigos da Criança, é co-fundador e

co-diretor do Newman Breastfeeding Clinic & Institute, Professor Assistente na Universidade de Toronto. Possui várias publicações, sendo autor de livros e artigos. Já viajou por todo o mundo, participando em conferências e ajudando na avaliação de Hospitais Amigos da Criança. Realizou estágio em pediatria na cidade do Quebec e, posteriormente, em Toronto, no Hospital for Sick Children. Em 1980, tornou-se membro do Royal College of Physicians of Canada (Pediatria), assim como lhe foi atribuída certificação de especialista em Pedriatria pela Província do Quebec. Em 1981, obteve certificação pela AAP - American Academy of Pediatrics. Trabalhou como médico na América Central, Nova Zelândia e como Pediatra na África do Sul. Em 1984, no Canadá, fundou o primeiro Hospital de aleitamento clínico, ajudando mães e bebês a obter sucesso nesta área.

Os assuntos abordados foram: Aspectos gerais da amamentação (leite materno x leite artificial; início precoce da amamentação; suplementação, nos primeiros dias, do leite materno com leite artificial; a confusão de bicos/mamilo existe ou não na realidade? Serão os mamilos de silicone uma boa ferramenta? Necessitarão todos os prematuros de fortificantes no leite materno? Quando poderão os prematuros iniciar a amamentação? Icterícia e a amamentação; hipoglicemia e a amamentação; quando a mãe decide não amamentar; o freio curto e a amamentação; quando o bebê não está aumentando de peso; amamentação e a suplementação de vitamina D; valor do leite materno depois dos seis meses), Diminuição da oferta de leite e possível "leite insuficiente" após os primeiros meses e Início da introdução dos novos alimentos na alimentação do bebê.

Este evento foi organizado pela professora Dra Dulce Maria Pereira Garcia Galvão em comemoração à Semana Mundial de Aleitamento Materno e contou com 240 participantes entre estudantes e profissionais.

### **5.9.3 – Abertura Solene das Aulas - Coimbra**

No dia 09/10/2012 das 14h30min às 19h, participei da “*Abertura Solene das Aulas*” realizada no auditório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no Pólo B.

Na abertura discursaram o Presidente do Conselho Geral, a Presidente da Escola e o Presidente da Associação de Estudantes. O Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra falou sobre “*Literacia em Saúde Mental: Capacitar a comunidade para a primeira ajuda*” e apresentou o site “*Feliz Mente*”. Houve também apresentação musical

“Tuna de enfermagem de Coimbra” em seguida foi servido aos alunos o Mondego D’Honra.

#### **5.9.4 – Jornada Avaliação da Dor – Coimbra**

Particpei no dia 05/11/2012 da Jornada "Expressão e avaliação da dor" organizada pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e pelo Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Enquadra-se no projeto PTDC/PSI-PCO/107910/2008, apoiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e pelo Programa Operacional Fatores de Competitividade (COMPETE/QREN).

Estavam presentes personalidades reconhecidas como o Professor Ken Craig (University of British Columbia, Canadá), o Professor Vasco Galhardo (FMUP), o Professor Armando Mónica Oliveira (FPCEUC) e a Professora Cristina Sousa (Instituto Piaget – Almada), entre outros peritos de renome nesta área.

A Jornada foi um espaço de debate proveitoso na clarificação da problemática da avaliação da dor pediátrica, apontando caminhos para um melhor e mais seguro controle da dor, evitando que crianças sofram desnecessariamente

#### **5.9.5. – Seminários para Doutorandos - UICISA-E - Coimbra**

No dia 20 de novembro, às 14h, no Pólo C da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) realizou o primeiro Seminário de Doutorandos deste ano, onde foram convidados os doutorandos para apresentarem seus projetos, sendo esta uma oportunidade para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências. Tal como nas edições anteriores, este Seminário foi dirigido a estudantes que freqüentem o curso de doutorado mas, os estudantes de Mestrado poderiam inscrever-se para assistir.

Apresentação e debate do projeto de pesquisa de doutorado em Seminário de pesquisa coordenado pelo professor Serge Paugam, com a presença de seus orientandos, em 13.03.2003, na EHESS, atividade esta prevista no Plano de Atividades, onde destacamos a necessidade de participação em eventos que possibilitassem a apresentação e debate da pesquisa de doutorado proposta. A apresentação de nosso projeto de pesquisa foi de fundamental importância para esta pesquisadora, pois permitiu, além de poder falar da realidade do sul do Brasil, em especial

Santa Catarina, realidade pouco conhecida no mundo europeu, possibilitou ainda aprofundar as categorias analíticas propostas na tese, bem como lapidar a metodologia de pesquisa, item deveras valorizado pelos pesquisadores franceses uma vez que é evidente a preocupação com o rigor metodológico da pesquisa entre os mesmos.

Fui convidada para apresentar meu projeto de doutorado *“Aleitamento Materno e Políticas Públicas: Prevalência, Significados e Implicações para o Cuidado de Enfermagem”*. A apresentação e o debate do projeto de pesquisa de doutorado foram de fundamental importância, pois permitiu, além de poder falar da realidade do Brasil, em especial de Florianópolis, possibilitou aprofundar as análises diante das sugestões.

### **5.9.6. – V Jornadas de Obstetrícia – Famalicão**

Nos dias 22 e 23/11 participei na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (CESPU) na cidade de Famalicão, da *“V Jornadas de Obstetrícia: por uma vida melhor”*.

Após a abertura que teve início às 9h, o primeiro dia do evento contou com seis conferências, um workshop e uma mesa redonda, que discorreram sobre os temas, adolescência, álcool, gestação e HIV, alimentação e trabalho de parto, amniotomia, vinculação, contracepção e vigilância na gravidez por enfermeiros especialistas.

No segundo dia o período da manhã ficou reservado para duas mesas redondas com os temas, amamentação e avanços na abordagem ginecológica. Também contou com uma conferência sobre depressão pós-natal no homem e um workshop sobre elasticidade perineal. O período da tarde ficou reservado para a apresentação das comunicações orais que foram em número de 20, além da exposição de 28 pôsters no saguão do evento.

Nesse dia apresentei duas comunicações orais, *“Produção científica do projecto de investigação: protecção, promoção e suporte da amamentação”* e *“Ações de protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno do Banco de Leite Humano de Bauru, São Paulo/Brasil”*, autoras: Giuliana M. Parizoto, Dulce M. P. G. Galvão e Alacoque L. Erdmann. <sup>(Fotos 3,4)</sup>



Foto 3: Parizoto, G. M.



Foto 4: Parizoto, G. M.

A Jornada foi bastante produtiva bem como a relevância e enquadramento dos temas na atualidade e a participação de diversos profissionais do país.

### 5.9.7 – Seminário: A Criança e o Meio Hospitalar – Coimbra

No dia 06/12, participei no Auditório do Hospital Pediátrico de Coimbra, do Seminário, “A Criança e o Meio Hospitalar”, promovido pela Liga dos Pequeninos, que integra o Projeto “Uma Criança para o Direito”, coordenado e moderado pelo Sr. Dr. Laborinho Lúcio, Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça.

O Seminário foi constituído por duas conferências seguidas de mesa redonda e período de debate. O Sr. Dr. Juiz Paulo Guerra, Juiz Desembargador e Docente no Centro de Estudos Judiciários foi o palestrante da conferência “**A Criança e o Meio hospitalar: radiografia de Direitos**” e o Sr. Dr. Juiz Rui do Carmo, Procurador da República, da PGD de Coimbra, foi o palestrante da conferência “**A Criança e o Meio Hospitalar: Diagnóstico e Reacção à Violação dos seus Direitos**”.

### 5.10 – Comunicações em Eventos Científicos

Apresentei na “V Jornadas Obstétrica” duas comunicações orais, “*Produção científica do projecto de investigação: protecção, promoção e suporte da amamentação*” e “*Ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno do Banco de Leite Humano de Baurur, são Paulo/Brasil*”, autoras: Giuliana M. Parizoto, Dulce M. P. G. Galvão e Alacoque L. Erdmann.

Apresentei meu projeto de Tese “*Aleitamento Materno e Políticas públicas: Prevalência, Significados e Implicações para o*

*Cuidado de Enfermagem*” no Seminário de Doutorandos realizado pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E).

### **5.11 - Visitas**

Conforme previsto no Plano de Atividades, outro compromisso assumido foram as visitas em instituições de ensino e instituições de saúde. As visitas realizadas foram oportunizadas pelos contatos realizados pela professora Dulce Galvão às responsáveis pelas diversas instituições que visitei.

#### **5.11.1 - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) é uma instituição pública, de ensino superior politécnico, criada pelo Decreto - Lei n.º 175/2004, de 21 de Julho. É presidida pela Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar.

A ESEL resulta da fusão de quatro escolas superiores de enfermagem públicas de Lisboa: a Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara, a Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil; a Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa e a Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

Visitei as dependências da escola no *Pólo Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian*. É neste pólo, que os alunos do primeiro, segundo e terceiro ano da licenciatura tem aulas. Como realizei a visita no período da férias escolares, não tive a oportunidade de ver a escola em atividade <sup>(Foto15)</sup>.

Também visitei o *Pólo Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara*. Neste pólo acontecem as aulas do quarto ano da licenciatura, o curso de Mestrado e o curso de Doutoramento.

Os Cursos de Mestrado tem uma duração de dois anos e acontecem concomitante ao Curso de Especialização, se subdividindo em sete especialidades. Uma especialidade já formou duas turmas iniciando a terceira em 2012 e seis especialidades estão na quarta turma.

#### **5.11.2 – Escola Superior de Enfermagem de Porto**

Também visitei a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Assim como as Escolas de Lisboa e de Coimbra, a Escola Superior de enfermagem do Porto também nasceu da fusão de instituições de ensino superior público de enfermagem: as *Escolas Superiores de Enfermagem de D. Ana Guedes, Cidade do Porto e São João*. Está em funcionamento desde 1 de Janeiro de 2007.

Possui o Curso de Licenciatura com duração de 8 semestres, totalizando 240 créditos. Aos estudantes do curso é exigida a aquisição das competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro de cuidados gerais. Habilita ao exercício de funções de Enfermeiro, após atribuição do respectivo título profissional pela Ordem dos Enfermeiros. O Curso de Licenciatura em Enfermagem permite a candidatura ao 2.º ciclo de estudos (Mestrado). Os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) são em Comunitária (1 ano), Reabilitação (1 ano), Médico-Cirúrgica (1 ano), Saúde Infantil e Pediatria (1 ano), Saúde materna e Obstetrícia (2 anos), e Saúde Mental e Psiquiatria (1 ano). Também possui Cursos de Mestrado nessas mesmas áreas todos com duração de 2 anos acrescentando o Curso de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Além desses cursos também existe o curso de Pós Graduação em enfermagem Avançada, com duração de 1 semestre.

### **5.11.3 – Maternidade Alfredo da Costa – Lisboa**

Com os objetivos de conhecer e observar as atividades desenvolvidas no âmbito da assistência à mulher no período do pré-natal e pós-parto e na promoção, incentivo e apoio à amamentação, proposto no plano de trabalho, realizei no dia 11/10/2012, uma visita a “Maternidade Alfredo da Costa” em Lisboa, onde fui recebida pela Enfermeira Supervisora Ofélia Lopes.

A Enfermeira Supervisora explicou-me como seria feita a visita e iniciamos pelo Ambulatório e Emergência. As consultas externas realizadas são referentes à Anestesiologia, Ginecologia, Neonatologia e Obstetrícia. Realizam-se consultas de Andrologia, Menopausa, Patologia Vulvar, Gravidez na Adolescência, Obstetrícia – Diabetes, Planejamento Familiar, Ginecologia Geral, Ginecologia Infantil, Infertilidade, Sexologia, Unidade FIV (Fertilização In Vitro), Uroginecologia, Diagnóstico Pré-Natal, Imunodepressão, Obstetrícia - Alto Risco, Obstetrícia – Metabólicas, Obstetrícia - Patologia 1.º Trimestre, Obstetrícia - Grupo de Estudos de Morte Fetal, Obstetrícia - Patologia Aditiva (Toxicodependência), Obstetrícia – Pré-concepcional, Obstetrícia - Patologia do Puerpério, Neonatologia - Desenvolvimento, Neonatologia - Nutrição, Neonatologia - Neuropediatria, Neonatologia - Mães Adolescentes, Neonatologia - Oftalmologia, Neonatologia - Uronefropatias, Neonatologia - Infecções, Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez, Anestesiologia de Ginecologia e Anestesiologia de Obstetrícia.

A maternidade é referência em Pré-Natal de Alto Risco e atende gestantes de Lisboa e região. Na Unidade de Internação de gestantes de alto risco as gestantes que ali estão, são orientadas sobre os cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno, mas com certa cautela, pois como é uma gestação de alto risco, o perigo de perder o bebê é grande. Essa unidade possui 24 leitos de internação mais três leitos, que são reservados para mulheres que realizam Interrupção Voluntária da Gravidez.

O elevado número de cesarianas que se sobrepõe ao número de partos normais, de acordo com a Enfermeira Supervisora, é devido ao grande número de gestações de alto risco que a maternidade atende, onde na maioria das vezes, o parto normal é inviável.

As Unidades de Alojamento Conjunto de puérperas submetidas à cesariana e puérperas que realizaram o parto normal são separadas. Na entrada do Alojamento Conjunto observei a certificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) com o quadro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Os pais podem acompanhar as mães durante todo o período do dia, mas não podem ficar durante a noite no Alojamento Conjunto, pois não há espaço para que isso ocorra. A puérpera que foi submetida à cesariana fica internada durante 48 horas pós-parto e a puérpera que realizou parto normal, fica internada durante 24 horas pós-parto. No Centro Cirúrgico existem duas salas para a realização da cesariana e no Centro Obstétrico 13 salas. O pai ou alguém próximo que a mãe desejar, pode acompanhar o parto. O bebê sempre que possível é colocado para sugar após o nascimento.

A UTI Neonatal, possui 13 incubadoras que ficam em salas independentes separadas por paredes de vidro, cada uma delas muito bem equipadas. São seis enfermeiras especialistas por plantão que assistem esses recém-nascidos. A Unidade de Cuidados Intermediários conta com quatro incubadoras em uma sala e com 10 berços aquecidos em outra sala. Nesta sala, as mães estavam presentes e participando dos cuidados aos recém-nascidos junto com uma enfermeira.

### **Banco de Leite Humano (BLH)**

O Banco de Leite Humano da Maternidade Alfredo da Costa é o único Banco de Leite Humano de Portugal. Esse serviço funciona em uma sala climatizada, equipada com dois freezers e bancadas. Essa sala também possui uma capela de fluxo laminar, para a manipulação do leite, o Miris Sonicator e o Miris HMA - Human Milk Analyserum. aparelhos para realizar as análises dos leites.



O Miris Sonicator é um aparelho usado antes de testar o leite para garantir a qualidade da amostra. O Miris HMA - Human Milk Analyserum realiza a análise direta em pequenas amostras de leite materno, por proteína, gordura, lactose, de energia e de matéria seca, usando espectroscopia infravermelha sem necessidade de produtos químicos.

São responsáveis pelo serviço um médico e uma técnica em análises laboratoriais. As doadoras passam por exames laboratoriais (HIV, hepatite) que comprovem sua saúde e podem começar a doar o leite a partir do primeiro mês pós-parto até o terceiro mês pós-parto. Após o terceiro mês elas não podem mais iniciar a doação, mas se já são doadoras podem continuar doando sem uma data estipulada para deixar de ser doadora.

A coleta é realizada por uma empresa particular mediante a um custo para a maternidade. O leite pasteurizado é somente utilizado por bebês que estão internados na UTI Neonatal da Maternidade. A responsável pelo BLH referiu que esse serviço é muito caro por isso o número reduzido no país.

#### **5.11.4 – Hospital Distrital da Figueira da Foz – Figueira da Foz**

O Hospital da Distrital da Figueira da Foz encontra-se organizado em três áreas distintas: Serviços de Prestação de Cuidados; Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados; Serviços de Gestão e Logística.

Os Serviços de Prestação de Cuidados desenvolvem as suas atividades nas seguintes linhas: internamento, cirurgia do ambulatório, consulta externa, hospital de dia, urgência, serviço domiciliário e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

A estrutura organizacional do Hospital contempla a existência dos seguintes serviços, valências e unidades funcionais prestadoras de cuidados: Serviço de Anestesiologia; Serviço de Cirurgia; Serviço de Imagiologia; Serviço de Medicina Laboratorial (Imuno-hemoterapia/Patologia Clínica); Serviço de Especialidades Cirúrgicas (agrega as valências de Ginecologia/Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia); Serviço de Especialidades Médicas (agrega as valências de Cardiologia, Dermatologia, Neurologia, Gastrenterologia e Pneumologia); Serviço de Medicina; Medicina Física e Reabilitação Serviço de Ortopedia e Serviço de Pediatria (agrega a unidade Funcional de Psiquiatria da Infância e Adolescência).

Os Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados compreendem: Bloco Operatório; Serviços Farmacêuticos; Serviço Social; Serviço de Esterilização e Unidade de Nutrição e Dietética.

Os Serviços de Gestão e Logística contemplam: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão; Gabinete de Gestão de Sistemas de Informação; Gabinete Jurídico; Serviço de Gestão de Doentes; Serviço de Gestão Financeira; Serviço de Gestão de Recursos Humanos; Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho; Serviço de Aprovisionamento; Serviços Hoteleiros; Serviço de Instalações e Equipamentos.

O Hospital dispõe de um total de 144 leitos Atualmente não conta com os serviços de Maternidade e urgência obstétrica que foram desativados em 2006.

Com os objetivos de conhecer e observar as atividades desenvolvidas no âmbito da assistência à mulher no período do pré-natal e na promoção, incentivo e apoio à amamentação, proposto no plano de trabalho, realizei no dia 24/10/2012, uma visita ao Hospital Distrital da Figueira da Foz, onde fui recebida pela Enfermeira Benvinda Cruz responsável pelas consultas externas de pré-natal.

Acompanhei durante o período da manhã as consultas do pré-natal realizadas no Serviço de Consultas Externas. O Serviço de Consultas Externas e Exames Especiais é uma Unidade Orgânico-Funcional do Hospital, onde os pacientes são atendidos em regime de ambulatório para observação, realização de atos complementares de diagnóstico e terapêutica e, quando indicado, orientação para Serviços de internamento.

São 57 consultas de especialidade e sub-especialidade que funcionam neste serviço. Dentre elas estão: consultas de cardiologia, ginecologia, dermatologia, gastroenterologia, imunohematoterapia, neurologia, oftamologia, pediatria, nutricionista, distúrbios do sono, etc.

Prestam serviço em tempo parcial, os médicos das várias Especialidades e trabalham com exclusividade, neste serviço, 15 Enfermeiros e 6 Assistentes Operacionais. Os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica participam na realização de exames complementares de diagnóstico, sob a responsabilidade das Especialidades às quais se encontram adstritos.

Dentre as sub-especialidades relativas a saúde da gestante funciona nesse serviço consultas de obstetrícia, alto risco obstétrico, bem estar fetal e planeamento familiar.

Algumas gestantes fazem o acompanhamento de todo o pré-natal no Hospital. Outras fazem o acompanhamento nos Centros de

Saúde com o médico da família e só vem para a consulta no Hospital na 10<sup>o</sup> semana, na 20<sup>o</sup> semana e na 30<sup>o</sup> semana para realizar as ecografias e a partir da 35<sup>o</sup> semana vem só nas consultas realizadas no hospital.

Todas as gestantes que são acompanhadas no Hospital tem a opção, se desejarem, de realizar o exame de Rastreio Pré-Natal, para detectar anomalias ou mal formação fetal.

A enfermeira tem uma rotina de orientações nas consultas de acordo com o período gestacional da paciente, onde o aleitamento materno está sempre presente no seu discurso. Também recebe as mães que após o parto, apresentem dificuldades no ato de amamentar. Referiu também que deixa seu telefone pessoal para as mães nas últimas consultas no pré-natal, para que se elas apresentarem alguma dúvida/dificuldade se sintam apoiadas.

### **5.11.5 – Maternidade Bissaya Barreto – Coimbra**

Com os objetivos de conhecer e observar as atividades desenvolvidas no âmbito da assistência à mulher no período do pré-natal e pós-parto e na promoção, incentivo e apoio à amamentação, proposto no plano de trabalho, realizei no dia 29/10/2012, uma visita a “Maternidade Bissaya Barreto” em Coimbra, onde fui recebida pela Enfermeira Supervisora Ana Paula Gaudêncio.

Em um primeiro momento participei da recepção/integração realizada no auditório com estudantes do 7<sup>o</sup> período que irão estagiar durante cinco semanas na Maternidade. A Enfermeira Supervisora Ana Paula Gaudêncio desejou boas vindas aos alunos e descreveu o espaço físico, serviços e programas/projetos da Maternidade.

Referiu que a Maternidade possui serviço de urgência e consultas externas de ginecologia e obstetrícia, serviço de diagnóstico pré-natal, serviço materno fetal, internações ginecológicas e obstétricas, bloco operatório, salas de parto, serviço de neonatologia e unidade de cuidados intensivos. É um centro peri-natal diferenciado e recebem gestantes de todo país. Conta com uma Unidade de Intervenção precoce (IP), que atende pacientes com necessidades especiais (psiquiatria, problemas sociais), onde trabalha uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, enfermeiros especialistas, psicólogos, assistente social e médicos. Todas as crianças das mães acompanhadas no IP têm acompanhamento pediátrico.

A Maternidade Bissaya Barreto foi fundada em 1962, com uma arquitetura e filosofia inovadora para a época. Conta, que desde o início os recém-nascidos ficavam juntos de sua mãe e que a maternidade recebia muitas visitas devido a sua bela estrutura física. Nos dias de

hoje, refere que a maternidade está envelhecida, mas os profissionais tentam ultrapassar esse ponto negativo, oferecendo cuidados científicos e relacionais de qualidade, para minimizar as condições físicas desagradáveis

Havia também o Lar das Enfermeiras, que funcionava num bloco que hoje se encontra desativado. Ainda anexo à maternidade, funciona uma Creche para os filhos dos funcionários e pessoas da comunidade. Nesse local possui uma parede de azulejo feita na época da sua fundação com os direitos das crianças. Há também o “Ninho dos Pequenitos”, local que acolhe as crianças em risco. Antigamente o local era para acolhimento dos filhos mais velhos das mães com dificuldades sociais.

Trabalham na maternidade 170 enfermeiros, alguns especialistas em materno obstétrico e saúde infantil e pediátrica. Refere que na sala de parto só trabalham enfermeiros especialistas e no puerpério existe um enfermeiro especialista e o restante é generalista. Os cuidados de enfermagem são informatizados e registrados no aplicativo SAP, com base na aplicação nacional para a prática de enfermagem.

Em 2007 recebeu o título “*Hospital Amigo dos Bebês*” e espalhado por toda maternidade existem quadros com os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. Disse também que toda equipe tem essa filosofia bem interiorizada. Foi a segunda maternidade do país a receber o título. Em 2009 recebeu a avaliação e foi credenciado por cumprir os 10 passos, já em 2011 recebeu novamente a avaliação e nesta altura só cumpria 9 passos, justificado pela falta do contato pele a pele logo após o parto, devido ao número elevado de cesarianas. Refere que esse contato é feito em menos de 10% das mães que fizeram esse parto. Segundo a Enfermeira Supervisora, a maternidade apresenta os melhores indicadores de Aleitamento Materno Exclusivo até a saída da maternidade.

As segundas e quintas-feiras são realizados cursos de “Preparação para o Nascimento”, sendo responsável pelo curso a Enfermeira Especialista Celeste Vieira. As terças e quintas também são realizadas visitas guiadas para as mães conhecerem a maternidade. Também, para aquelas mães que estão internadas na “Unidade Materno Fetal” com risco de parto prematuro, as enfermeiras apresentam a “Unidade de Cuidados Intensivos”, para que essa mãe reconheça o espaço se o seu bebê vier a ficar internado.

Após a apresentação da Maternidade pela Supervisora, iniciei minha visita acompanhada pela enfermeira Celeste e pelo enfermeiro Carlos, que me apresentou todas as dependências da Maternidade (Sala

de Parto, Alojamento Conjunto, Unidade de Internação, Centro Cirúrgico, Consultas Externas, Urgência) e anexos (Unidade de Intervenção Precoce, Creche, Ninho dos Pequenitos).

#### **5.11.6 - Cantinho da Amamentação**

No dia 30/11/2012 visitei o Cantinho da Amamentação do Centro de Saúde Norton Matos. Fui recebida pela enfermeira Amélia Cunha (Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e Conselheira em Amamentação).

O Cantinho da Amamentação funciona de segunda a sexta e é destinado a puérperas e recém-nascidos inscritos no Centro de Saúde Norton Matos com dificuldade em estabelecer e/ou manter o aleitamento materno.

Tem a finalidade de ajudar mães e bebês a ultrapassarem as dificuldades que possam surgir durante o aleitamento materno e contribuir para a sua promoção de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida.

#### **5.11.7 – Maternidade Dr.Daniel de Matos – Coimbra**

No dia 14/12/2012 realizei visita à Maternidade Dr. Daniel de Matos objetivando conhecer e observar as atividades desenvolvidas no âmbito da assistência à mulher no período do pré-natal e pós-parto e na promoção, incentivo e apoio à amamentação.

Visitei com a Enfermeira Supervisora Marília o serviço de urgência, o bloco operatório e Unidade de internação das gestantes de risco e puerpério. Ela me falou sobre o programa de preparação para o nascimento que acontece todos os sábados e do incentivo ao aleitamento materno promovido na maternidade.

Em seguida a Enfermeira Supervisora Esperança me explicou os projetos em desenvolvimento na maternidade e me mostrou o serviço de consultas externas bem como todo seu funcionamento.

#### **5.12 – Participação em Curso para Gestantes**

Tive a oportunidade de participar de dois Cursos para Gestantes.

- *“Curso de Preparação Psicoprofilática para o Parto”* no Hospital Distrital da Figueira da Foz, com a participação de 24 gestantes, três maridos/companheiros e uma avó. Os Cursos de Preparação Psicoprofilática para o Parto, tiveram início em 2005, quando ainda funcionava a Maternidade do Hospital. As aulas acontecem durante 6 semanas em duas sessões semanais, toda quarta-feira acontecem uma

aula teórica e uma aula prática e toda segunda-feira acontece uma aula prática. Como são 25 gestantes elas são divididas em duas turmas para a realização das aulas práticas.

A enfermeira Benvida Cruz, umas das enfermeiras responsáveis pelo curso, considera que os cursos de preparação para o parto são uma prática fundamental pelas seguintes razões: preparação como complemento do apoio na vigilância da Saúde Materna e Obstétrica; estreitamento da relação profissional/pessoal com a grávida; favorece a auto-confiança; e auto-colaboração; permite contatos informais para esclarecer dúvidas; permite o despiste de alterações /complicações, pré e pós parto; diminui as idas injustificadas à urgência das maternidades; reduz a necessidade de medicalização no parto.(directrizes da OMS.); favorece os elos de ligação para o apoio pós parto; evita /previne o abandono ou risco de abandono precoce de aleitamento materno e diminui o risco de nascimentos fora das maternidades.

Refere ainda que este é um trabalho de empenho e dedicação não só por ser bastante gratificante para os profissionais no sentido de ser uma boa prática, mas por considerar essencial para o sucesso do Aleitamento Materno e para que a experiência de ter um filho seja vivida de forma mais intensa e positiva.

Assisti a aula introdutória ministrada pela Enfermeira Benvida Cruz sobre o Método Psicoprofilático e a seguir uma aula ministrada pela enfermeira Marina Costa sobre Aleitamento Materno.

Gostei muito do discurso das enfermeiras sobre o Aleitamento Materno. Fico feliz em ver o envolvimento dos profissionais de enfermagem que promovem e apoiam o Aleitamento Materno de forma tão envolvente e comprometida.

- ***“Curso de Preparação para o Parto”*** na Maternidade Bissaya Barreto, assisti à aula sobre Amamentação com a Enfermeira Cesleste, onde foi falado sobre como acontece a amamentação (ocitocina/prolactina), as vantagens para a mãe, para o bebê e para a sociedade, posicionamento da mãe e pega correta, como prevenir fissuras e ingurgitamento, como ordenhar o leite humano e uso de conchas e absorventes.

### **5.13 – Observação em Sala de Parto**

No dia 09/11/2012, acompanhei a enfermeira Cesleste na Maternidade Bissaya Barreto em dois partos normais, onde pude presenciar o cumprimento do quarto passo referente aos *“Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”* preconizados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). No quarto passo a OMS (1998)

recomenda ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento, o contato pele-a-pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato que deve durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar. O contato pele-a-pele precoce, significa colocar o bebê nu sobre o peito da mãe imediatamente após o parto. Este contato cria um ambiente ótimo para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, e é considerado como um potencial mecanismo para a promoção do aleitamento materno precoce.

O quarto passo da IHAC tem suas bases teóricas sustentadas em evidência científica de benefícios maternos, e auxilia no estabelecimento da sucção precoce que, estimulando a hipófise na produção de prolactina e ocitocina, estimula a produção láctea, e tem efeitos sobre a involução uterina mais rápida e menor sangramento, respectivamente.

## **6 – AVALIAÇÃO GERAL DO DOUTORADO SANDUÍCHE**

Conhecer e observar as atividades desenvolvidas em outro país, no âmbito da assistência à mulher no período pré-natal, pós-parto e na promoção, incentivo e apoio à amamentação, foi muito enriquecedor, vindo não somente ao encontro dos objetivos e das atividades que me propus desenvolver no período de realização do Doutorado Sanduíche, mas a importância dessa experiência para o meu crescimento pessoal e cultural

Foi muito enriquecedor vivenciar o trabalho voltado para o incentivo à amamentação em outro país onde a cultura muitas vezes é diferente da nossa, mas o objetivo é sempre o mesmo: ajudar suas mães na prática da amamentação e ajudar seus bebês a terem uma alimentação ideal para um crescimento saudável, contribuindo dessa forma para a redução da mortalidade infantil.

A oportunidade de conhecer um país europeu nos remete a refletir sobre as diferentes realidades econômicas e políticas, onde a troca de conhecimentos faz-nos olhar para nossas dificuldades, mas também perceber as inúmeras possibilidades e potencialidades que temos em nosso país, bem como os aspectos que necessitam de avanços.

A experiência de viver em outro país me permitiu olhar para a sociedade brasileira e para a minha própria formação sob outro prisma, talvez antes não percebido e/ou analisado. Diante dessa riqueza de oportunidades oferecidas pude perceber diversas possibilidades de novos estudos e pesquisa.

Ao finalizar esta avaliação agradeço a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e

Tecnológico (CNPq) e a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que me oportunizaram esta experiência de crescimento profissional, cultural e, sobretudo pessoal.

Agradeço a professora Dra Alacoque Lorenzini Erdmann por me incentivar, orientar e auxiliar nessa experiência única do doutorado sanduíche, acreditando no meu trabalho e sempre presente apesar da distância física.

Por fim, agradeço imensamente minha orientadora no exterior, a professora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão <sup>(Foto 32)</sup>, pela acolhida, atenção, ensinamentos e ajuda a mim dispensada, desde o nosso primeiro contato, não medindo esforços para que o doutorado sanduíche se efetivasse da melhor forma possível. Meu muito obrigada!



**Foto 32: Parizoto, G. M.**

## **FICHA DE ASSINATURAS**

**Giuliana Micheloto Parizoto**

**Dulce M. P. Garcia Galvão**

**Alacoque Lorenzini Erdmann**

**Data: 17/12/2012**



## PARECER

### Desempenho Académico durante o Doutorado Sanduíche no Exterior

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Orientadora Estrangeira, da Doutoranda Giuliana Micheloto Parizoto, tendo aprovado o Plano de Trabalhos que apresentou para desenvolver no Projecto de Investigação "Protecção, Promoção e Suporte da Amamentação" inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por o considerar pertinente, adequado e com exequibilidade no cronograma previsto para a realização do estágio de doutoramento sou de parecer que durante a sua permanência se integrou e adaptou à cultura organizacional da instituição de acolhimento o que facilitou o desenvolvimento das suas actividades.

Aceitou o plano de actividades que previamente planeei tendo em atenção os objectivos apresentados no plano de trabalhos e que lhe apresentei no primeiro contacto que estabelecemos.

Foi-lhe dada a oportunidade de participar em actividades lectivas, de estágio, de orientação ou de defesa de dissertações de mestrado de estudantes do Curso de Pós Licenciatura/ Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria ou de Licenciatura em Enfermagem revelando boa interacção e relacionamento com os estudantes. Prontamente partilhou a sua experiência sobre "Bancos de Leite Humano" com os estudantes.

De modo a que lhe fosse dada a possibilidade de conhecer e observar as actividades desenvolvidas no âmbito da assistência à mulher no período pré-natal e pós parto e na promoção, incentivo e apoio à amamentação foi-lhe proporcionada a visita a algumas instituições de saúde na cidade de Coimbra, Figueira da Foz e Lisboa tendo demonstrado interesse, motivação e empenho no desenvolvimento destas actividades.

A participação nas actividades do grupo de pesquisa foi outra das acções proporcionadas. Aqui teve oportunidade de participar na fase de tratamento de dados, discussão, conclusões, redacção do relatório de um dos estudos que nos encontrávamos a desenvolver e redacção de dois artigos científicos para publicação. Nesta participação revelou espírito de cooperação, rigor e conhecimento científico e estabelecimento de boa relação com os elementos do grupo de pesquisa.

Teve também oportunidade de colaborar na alteração de um projecto de pesquisa que nos encontrávamos a redigir para enviar à Comissão de Ética. As sugestões que deu revelaram-se proveitosas.

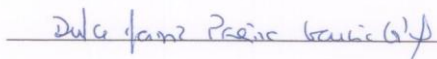
Outra capacidade demonstrada foi a procura de aprofundamento, partilha e divulgação de conhecimentos. Neste sentido, atenta ao cumprimento dos objectivos a que se tinha proposto atingir, participou em actividades científicas, umas organizadas na própria instituição de acolhimento e pelo projecto de investigação onde desenvolveu o estágio, outras que a própria doutoranda procurou. Num destes eventos teve oportunidade de fazer comunicações orais e de redigir um artigo sobre a produção científica do projecto de investigação onde desenvolveu o seu estágio de doutoramento. Para tal foi-lhe facultada toda a informação dos trabalhos e publicações aqui desenvolvidos.

Na Unidade de Investigação procedeu à divulgação do seu projecto de Tese. Revelou domínio do objecto de estudo.

Durante este período foi-lhe também possível dar continuidade ao desenvolvimento da sua tese de doutoramento, procedendo ao tratamento, apresentação e análise dos dados quantitativos. Para isso procedemos à selecção das variáveis a tratar, conversão da base que possuía em Excel para o programa SPSS onde tivemos a colaboração de um outro professor da escola.

É de realçar a forma como sempre acolheu as orientações e a boa relação que estabeleceu com a orientadora.

Coimbra, 17 de Dezembro de 2012



(Dulce Maria Pereira Garcia Galvão)



#### **Avaliação da Orientadora Brasileira: Profa Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**

Registro com satisfação os resultados obtidos pela aluna doutoranda Giuliana Micheloto Parizoto na realização do Doutorado Sanduiche na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra sob a orientação de professor pesquisador estrangeiro, Dra. Dulce Maria Pereira Garcia Galvão no período de 15/08/2012 a 18/12/2013.

O desempenho nas diversas atividades, conforme registrado pela aluna no relatório técnico é importante para a formação do doutor em um perfil diferenciado com maior domínio da internacionalização. Isto se deu mediante o convívio e a realização de experiências extra país, exercício da mobilidade acadêmica, com aprofundamentos teóricos e metodológicos importantes para a pesquisa, formação de recursos humanos e visão ampliada da realidade da enfermagem como ciência e prática profissional, em especial, na atenção ao aleitamento materno.

O período de estágio foi bem aproveitado e a aluna cumpriu adequadamente o cronograma de atividades estabelecido.

Registro também, meus cumprimentos à aluna Giuliana Micheloto Parizoto pelo sucesso obtido neste estágio e agradeço a Profª. Dra. Dulce Maria Pereira Garcia Galvão por colaborar com a formação da referida aluna, com muita dedicação e apreço.

Florianópolis, 21 de dezembro de 2012.

Alacoque Lorenzini Erdmann



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

## *Certidão*

Certifica-se que, no contexto da cooperação entre a Escola de Enfermagem de Coimbra e a Universidade Federal de Santa Catarina, Sirlana Micheloto Parizoto, Professora Substituta, desenvolveu um percurso de Doutoramento Sanduíche, na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICSE), no período de 18 de agosto de 2012 a 18 de dezembro de 2012, integrado no Projeto Estruturante Protecção, Promoção e Suporte da Amamentação, sob a orientação da Professora Dulce Maria Pereira Garcia Salda. Concluiu relatório final de atividades, validado pelo(s) Orientador(es) e pelo Coordenador da UICSE, adendo a esta certidão.

--- A presente certidão é assinada e autenticada com o selo branco desta Escola.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coimbra, em 4 de Março de 2013

A Presidente

(Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Benta)